



Questions régionales : rapports des Directeurs régionaux

Le Directeur général a l'honneur de soumettre au Conseil exécutif les rapports des Directeurs régionaux. Ceux-ci sont présentés selon le voeu exprimé par certains membres du Conseil exécutif à sa quatre-vingt-dix-neuvième session qui avaient demandé que soit défini "un canevas commun pour tous les rapports des Directeurs régionaux ...". Chaque rapport contient deux parties : la première partie traite des questions intéressant le comité régional qui exigent en particulier l'attention du Conseil et la seconde partie traite des perspectives régionales de la politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle.

TABLE DES MATIERES

	Pages
I. Rapport du Directeur régional pour l'Afrique	2
II. Rapport du Directeur régional pour les Amériques	5
III. Rapport du Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est	8
IV. Rapport du Directeur régional pour l'Europe	12
V. Rapport du Directeur régional pour la Méditerranée orientale	15
VI. Rapport du Directeur régional pour le Pacifique occidental	18

I. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL POUR L'AFRIQUE

QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

Introduction

1. Le Bureau régional a subi cette année les conséquences de la grande crise sociopolitique et militaire qui continue de secouer Brazzaville et le reste du pays. Les membres du personnel international et leurs familles ont été évacués en juin 1997, et un cadre opérationnel provisoire comprenant une équipe régionale de base à Genève et des équipes techniques à Libreville, Lomé, Lagos, Pretoria et Nairobi a été immédiatement mis en place. En août 1997, un bureau régional temporaire à plus long terme regroupant environ 80 membres du personnel s'est ouvert à Harare.

Quarante-septième session du Comité régional

2. Le Comité régional a tenu sa quarante-septième session du 1^{er} au 5 septembre 1997 à Sun City (Afrique du Sud). C'est la première session du Comité à s'être déroulée sur une durée réduite à cinq jours.
3. Le Comité régional a pris note avec satisfaction des mesures prises par le Directeur régional pour veiller à ce que les travaux de l'OMS dans la Région se poursuivent malgré la désorganisation du Bureau régional. Il a également pris note avec gratitude de l'offre faite par le Gouvernement de la République du Zimbabwe d'héberger temporairement le Bureau régional et il a approuvé le plan du Directeur régional de décentraliser les activités du Bureau.
4. Le Comité a examiné et adopté trois stratégies programmatiques régionales relatives à l'action humanitaire et les secours d'urgence; à la santé reproductive; et à l'information, l'éducation et la communication, en adoptant une résolution sur chacun de ces thèmes. Une résolution concernant la réforme à l'OMS et les priorités sanitaires africaines prie le Conseil exécutif de veiller à ce que les problèmes sanitaires de l'Afrique soient considérés comme un enjeu mondial et se voient accorder la priorité la plus élevée; d'élaborer des critères plus objectifs et équitables en ce qui concerne l'allocation budgétaire générale tout en tenant compte des besoins sanitaires prioritaires de la Région; et de prendre les mesures visant à assurer l'égalité des chances et la représentation des personnes désignées par les Etats Membres au Conseil exécutif afin qu'aucun groupe d'Etats Membres ne puisse exercer d'influence déterminante au sein de l'Organisation.
5. Le Comité a également adopté des résolutions sur la promotion de la participation des femmes à la santé et au développement, la paix et la stabilité en Sierra Leone et au Congo et la lutte antitabac.
6. Le Comité a étudié les rapports du Directeur régional sur la troisième évaluation de la stratégie de la santé pour tous et la contribution régionale à la politique mondiale de la santé pour tous pour le XXI^e siècle.

LA POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS POUR LE XXI^e SIECLE : PERSPECTIVES REGIONALES

Situation sanitaire dans la Région

7. L'analyse de la situation sanitaire actuelle a révélé qu'il fallait enregistrer certaines réalisations après Alma-Ata. Les services de santé de base ont progressé grâce aux améliorations apportées à l'infrastructure sanitaire et à l'accroissement du nombre des personnels de santé. Il y a eu un élargissement général de la couverture par les services de santé.

8. Le taux de mortalité infantile a baissé de plus de 30 % et l'espérance de vie moyenne a augmenté de plus de dix années, c'est-à-dire qu'elle est passée de moins de 40 ans en 1975 à un peu plus de 50 ans. La proportion des personnes de la Région ayant accès à une eau potable saine est passée d'un peu moins de 25 % à la fin des années 70 à plus de 40 %. Toutefois, lorsqu'on compare ces réalisations avec celles d'autres parties du monde, il est clair que les progrès accomplis dans la Région ont été lents.

Facteurs ayant influencé le développement sanitaire

9. L'instabilité politique et la faiblesse des structures démocratiques, l'inadéquation de l'engagement politique par rapport au développement sanitaire, ainsi que les flambées de guerre et de conflits sociaux ont été courants. Les réformes économiques ont, dans de nombreux cas, réduit les dépenses nationales consacrées à la santé et augmenté le chômage ainsi que le nombre de pauvres. L'accroissement démographique a contribué au développement d'une urbanisation non planifiée et à l'expansion de taudis urbains. Les changements climatiques et la multiplication des sécheresses ont encore aggravé le problème de la famine et de la malnutrition. Des croyances et pratiques culturelles néfastes, l'effondrement des structures sociales et des systèmes d'appui, des modes de vie et des comportements nocifs ont contribué à renforcer l'impact du VIH/SIDA dans la Région.

10. Les problèmes propres au secteur de la santé comprennent l'absence de politiques sanitaires nationales, la fragmentation des systèmes de santé, la limitation des ressources et la médiocrité de la gestion des ressources disponibles. Les enjeux futurs sont liés aux moyens de surmonter ces obstacles au développement sanitaire.

Réponse stratégique régionale

Réaffirmation de l'appui à la santé pour tous

11. La Région souhaite réaffirmer que le droit à la santé est au centre de tous les droits de l'homme, que l'appel en faveur de la santé pour tous est un appel en faveur de la justice sociale; que le fondement de la santé pour tous est la paix et la sécurité mondiales et régionales; et que l'investissement dans la santé est un facteur essentiel du développement. La santé pour tous dans la Région africaine signifie la santé pour tout un chacun.

Vision de la santé pour tous

12. Pour concrétiser la vision de la santé pour tous dans la Région, il faudrait réduire considérablement la mortalité infantile, la mortalité maternelle et la mortalité due au SIDA; réduire la morbidité, notamment celle due aux maladies pouvant être éradiquées ou éliminées; réduire les autres maladies transmissibles et non transmissibles; et prévenir l'incapacité et les risques professionnels.

Système de valeurs relatives à la santé pour tous

13. On considère que le système de valeurs et les principes connexes sous-tendant cette vision sont : la **solidarité** basée sur les principes du partenariat, de l'obligation de rendre des comptes et du partage des responsabilités; l'**équité** fondée sur les principes de l'accès universel aux soins de santé, y compris les soins individuels, ainsi que sur la nécessité de garantir la santé à chacun; l'**éthique** basée sur le principe de la réussite et du partage des progrès réalisés en matière de santé aux niveaux mondial, régional et national; et l'**identité culturelle** respectant les différences culturelles et la spécificité des conditions.

Orientations politiques et stratégiques prioritaires

14. Les objectifs qui contribueront à la réalisation du but général du développement sanitaire sont : i) de promouvoir des initiatives relatives à un développement humain durable, lié à la santé, et notamment celles qui visent à réduire ou soulager la pauvreté; ii) de favoriser des modes de vie et des comportements sains; iii) de

réduire la morbidité et la mortalité, notamment celles qui sont dues aux maladies transmissibles, y compris le VIH/SIDA; et de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales.

15. Afin d'atteindre les objectifs énoncés, les **orientations politiques prioritaires** comprendront des **orientations et action stratégiques** consistant : i) à prendre des mesures pour alléger la pauvreté; ii) à développer les systèmes et services de santé; iii) à décentraliser les services et les soins de santé; iv) à mettre en place des systèmes de gestion de l'information sanitaire efficaces et efficients; v) à mobiliser des ressources humaines, matérielles et financières pour la santé; vi) à améliorer la qualité des soins et des services de santé; et vii) à réduire les dangers pour la santé dus à l'environnement.

16. D'autres orientations et actions stratégiques consistent à promouvoir la participation communautaire; à faciliter l'information, l'éducation et la communication pour prévenir et combattre les maladies; à favoriser la recherche, et notamment la recherche opérationnelle; à éduquer le public et encourager l'"initiation" du public aux questions de santé; et à renforcer les groupes professionnels.

Rôle du Bureau régional

17. Le Bureau régional est chargé d'appuyer les Etats Membres afin de concrétiser la vision du développement sanitaire pour le XXI^e siècle. L'accord de coopération technique de l'OMS avec chaque Etat Membre sera examiné en vue de réorienter et de faciliter l'appui nécessaire pour tenir compte des particularités de chaque pays ainsi que des zones prioritaires régionales.

18. Le Bureau régional continuera à soutenir le renforcement et la création des moyens nationaux, notamment au niveau communautaire. On estime que c'est une façon très importante de permettre aux gens de prendre leur propre santé en main et également de s'assurer que le ministère de la santé est mieux préparé à faire face aux problèmes qui s'annoncent.

19. Le plaidoyer en faveur de la santé dans le cadre du développement socio-économique sera entrepris de manière plus soutenue afin de multiplier les chances de la mobilisation générale d'obtenir la santé pour tous et afin de veiller à ce que les diverses façons dont la santé peut contribuer à atteindre des buts sectoriels soient appréciées dans d'autres secteurs.

20. Le Bureau régional ne ménagera pas ses efforts en ce qui concerne son rôle normatif et fournira des informations et des lignes directrices utiles aux Etats Membres pour l'élaboration, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de leurs programmes sanitaires nationaux.

21. Le Bureau régional veillera à ce que la coopération soit efficace avec les dirigeants communautaires, les groupes religieux, les dirigeants politiques et autres, les organismes des Nations Unies et d'autres organisations internationales oeuvrant dans le domaine de la santé, le secteur privé (y compris l'industrie) et les organisations non gouvernementales afin de **mobiliser tout le monde en faveur de la santé** et permettre ainsi à **chacun d'accéder à la santé** dans la Région. Les menaces qui pèsent sur la réalisation de ce but tout comme les possibilités d'atteindre ce dernier seront suivies de près et signalées à l'attention des Etats Membres afin qu'ils puissent agir en temps voulu et selon que de besoin.

II. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL POUR LES AMERIQUES

QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

1. La quarantième réunion du Conseil directeur de l'OPS/quarante-neuvième session du Comité régional des Amériques s'est tenue du 22 au 26 septembre 1997 au Bureau sanitaire panaméricain/Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, à Washington (Etats-Unis d'Amérique).
2. Le Directeur régional a présenté son rapport annuel pour 1996, dont le thème "Population saine, espaces-santé" visait à réaffirmer que l'on peut améliorer la santé pour autant que l'utilisation de l'espace soit plus équitable. L'une des grandes fonctions de l'Organisation étant de repérer les inégalités face à la santé et de déterminer si les mesures prises pour les redresser sont efficaces, le rapport évoque les progrès méthodologiques qui permettent d'analyser les différences entre pays et à l'intérieur des pays. Il insiste sur la répartition et la dynamique des inégalités en matière de santé et de conditions de vie en présentant des renseignements cartographiques et des données de base sur les indicateurs sanitaires. La notion d'"espaces-santé" étend celle de "villes et municipalités-santé" à l'école, au lieu de travail et au foyer, car il est évident que ces espaces contribuent à former, entretenir et préserver le "capital social" et que la formation de ce capital améliore, elle, la santé tout en favorisant la cohésion sociale indispensable. Les actions de coopération technique dans tous les pays sont également résumées dans le rapport, qui présente une analyse plus approfondie de dix pays ayant fait l'objet d'une évaluation indépendante. Les représentants ont pris note de l'engagement sans faille de l'OPS/OMS en faveur de l'équité et du développement durable, soulignant que le rapport était un instrument d'actualisation de la politique de la santé pour tous qui réaffirme la relation entre santé et aspects économiques du développement humain.
3. Le Comité exécutif avait été saisi en juin 1997 du projet de budget programme pour l'exercice 1998-1999. A cette réunion, compte tenu des réserves suscitées par l'augmentation de 3,4 % du budget proposé, le Directeur régional avait été prié de revoir le projet et de présenter un budget à "croissance nominale zéro" à la session du Comité régional. L'OPS/OMS subit depuis 1992 de réelles réductions en termes constants (en dollars des Etats-Unis), et le budget soumis au Comité régional représentait une diminution de US \$17 millions par rapport à celui qui avait été soumis au Comité exécutif, attestant ainsi de la volonté de l'Organisation d'absorber la diminution que suppose un budget à croissance nominale zéro sans compromettre les programmes.
4. La présentation du Directeur général avait essentiellement pour but de déterminer si les résultats escomptés avec le budget précédent avaient pu être atteints; le débat sur la situation financière s'est ouvert sur les présentations des grands secteurs programmatiques. Le Directeur régional a fait observer qu'un effort avait été fait pour affecter des ressources supplémentaires aux domaines jugés prioritaires par le Conseil exécutif de l'OMS, compte tenu des priorités nationales des pays de la Région en matière de coopération technique avec l'OPS/OMS. Dans leurs interventions, la plupart des représentants des gouvernements Membres se sont dit favorables à la présentation budgétaire tout en notant que, dans le cadre des réformes, il fallait poursuivre la "rationalisation" institutionnelle. Le budget a été approuvé à l'unanimité.
5. Plusieurs représentants ont fait observer que la menace des maladies "nouvelles et émergentes" appelait une réaction plus large. Tous ont entériné l'approche adoptée par l'Organisation face aux maladies transmises par les aliments et aux flambées de zoonose, y compris la nouvelle formule adoptée pour l'Institut panaméricain pour la Protection alimentaire et la Lutte contre les Zoonoses, en Argentine, ainsi que la refonte du Centre panaméricain de Lutte contre la Fièvre aphteuse chargé de faire face à des zoonoses nouvelles et émergentes comme les infections à hantavirus, la peste et l'encéphalite équine. Les représentants ont d'autre part estimé que l'Organisation devait définir une approche stratégique face à des phénomènes climatiques comme El Niño.
6. Le Comité régional a adopté une résolution dans laquelle les Etats Membres étaient invités à poursuivre les efforts pour affirmer leur rôle directeur dans la prise en charge des problèmes de santé d'origine

environnementale, à appuyer la décision du Directeur régional de mettre fin aux activités du Centre panaméricain pour l'Ecologie et la Santé humaines, au Mexique, et d'apporter les modifications nécessaires au programme de travail du Centre panaméricain de Génie sanitaire et des Sciences de l'Environnement (CEPIS), eu égard à la formation, notamment en épidémiologie de l'environnement, en veillant à faciliter l'accès des pays aux services du CEPIS.

7. Le projet de document sur la troisième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 a été présenté au Comité régional, qui a recommandé de le soumettre aux autorités nationales afin d'améliorer la cohérence des données et l'approche générale, notamment pour les grandes orientations. Les représentants ont d'autre part noté que, même s'il restait beaucoup à faire avant d'atteindre les objectifs, notamment le but de la santé pour tous fixé en 1978, se borner à la réalisation des objectifs serait une erreur car ce qui a le plus changé ce sont les exigences de la population en matière de services. On a redéfini les fonctions traditionnelles de l'Etat pour inscrire au coeur même des politiques de santé ces exigences et ces droits. Ils ont également fait observer que des questions telles que l'équité et la pérennité, soulevées au Conseil directeur, n'étaient pas prises en compte dans l'"outil d'évaluation" et que l'OMS devait prendre conscience de ces lacunes pour pouvoir améliorer cet outil. Il a été recommandé de prendre également en considération le rôle des femmes et des personnes âgées ainsi que leurs implications pour la santé.

8. Comme l'avait demandé le groupe spécial du Conseil exécutif chargé d'examiner la Constitution, le Comité régional s'est penché sur deux questions que le groupe avait soulevées dans le rapport sur sa cinquième réunion : à savoir, la représentation semi-permanente au Conseil exécutif de membres permanents du Conseil de Sécurité des Nations Unies et l'allongement du mandat des membres du Conseil, qui passerait de trois à quatre ans. Les représentants ont estimé que les Etats Membres de chaque Région devaient être libres de continuer à désigner les personnes chargées de représenter leur Région au Conseil exécutif de l'OMS. Quant à la durée du mandat, ils ont noté que trois années permettaient d'apporter un concours utile tout en donnant à davantage de pays l'occasion de participer aux travaux des organes directeurs de l'OMS.

9. Le Comité régional étant une instance de débat sur les questions importantes, une séance a été prévue pour examiner le rôle des ministères de la santé dans l'orientation des réformes du secteur de la santé – question que l'on privilégie en inscrivant explicitement dans les programmes de travail des ministères de la santé des thèmes tels que la rationalisation des responsabilités et des opérations, la définition des fonctions essentielles qui ne sauraient être déléguées – c'est-à-dire des fonctions essentielles de santé publique dont l'Etat est responsable – le passage, dans ses activités de base, du service direct à la coordination et la surveillance des prestataires, des assureurs et de ceux qui financent les services et, surtout, le renforcement du rôle de réglementation de l'autorité sanitaire. A la suite d'exposés faits par des spécialistes du Chili, du Mexique et de Trinité-et-Tobago, qui ont décrit les réformes du secteur de la santé dans leur pays et les défis nouveaux auxquels était confronté le ministère de la santé dans le contexte de la réforme de l'Etat, les représentants des pays et des organisations non gouvernementales ont pris part à un débat franc, qui se situait selon eux dans le droit-fil de la responsabilité constitutionnelle du Comité, à savoir "servir de tribune pour l'échange d'informations et d'idées", et donc contribuer à donner aux ministres de la santé les éléments dont ils ont besoin pour assumer leur rôle directeur et instaurer les nouvelles relations intersectorielles qu'appellent les réformes du secteur de la santé.

LA POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS POUR LE XXI^e SIECLE : PERSPECTIVES REGIONALES

10. Le Comité régional a examiné le document sur la nouvelle politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle. Notant que l'instauration de la santé pour tous était une tâche permanente, les représentants ont estimé qu'il s'agissait de définir une "vision", d'actualiser les aspirations et de rétablir la confiance dans la possibilité d'arriver à la justice sociale tout en inscrivant la santé dans un développement humain durable. L'intérêt de ce genre de document était, selon eux, d'offrir aux Etats Membres un guide susceptible d'être utilisé dans les domaines critiques; en ce sens, il fallait le voir comme un moyen en vue d'une fin et non pas comme une fin en soi. Un autre point important qui a été mentionné concernait la "perspective mondiale" esquissée par

le document sur des questions telles que le rôle directeur des autorités nationales de la santé dans les réformes du secteur, la définition de profils démographiques et épidémiologiques ainsi que l'organisation des services de santé. Il est indispensable de formuler une politique mondiale de la santé pour guider l'OMS; à cet égard, le sérieux de l'approche adoptée, l'accent mis sur les valeurs, la mise en avant des déterminants de la santé et le renouveau d'intérêt pour l'équité sont apparus comme des éléments très positifs. Le Comité régional s'est félicité de constater que le document voyait dans la marginalisation des pays une conséquence de la libéralisation mondiale des échanges commerciaux. La question de la santé pour tous et le document proprement dit devront être portés à l'attention d'autres tribunes internationales telles que banques de développement et organisations non gouvernementales.

11. Certains délégués ont fait observer que, même si le document accordait une importance primordiale aux questions liées à la sexospécificité, les différences entre hommes et femmes n'y étaient nulle part évoquées spécifiquement ou explicitement et que le texte du document ne reflétait pas ce souci. De plus, la partie intitulée "Des politiques à l'action" ne rendait pas vraiment compte de l'accent mis sur l'équité entre les sexes. La question de l'équité en général, et pas seulement de l'équité entre hommes et femmes, devrait y être abordée concrètement.

12. Nombreux étaient ceux qui ont estimé qu'il aurait fallu insister sur l'importance cruciale des mesures de sauvegarde de la planète, compte tenu notamment de phénomènes qui affectent les ressources naturelles et entraînent des changements écologiques. L'émergence de nouvelles maladies qui menacent l'être humain est elle aussi liée à ces changements. Les catastrophes naturelles et leurs effets sur la salubrité de l'eau de boisson, l'alimentation et le logement auraient pu être plus largement évoqués, compte tenu notamment de la vulnérabilité de la Région aux ouragans, à l'activité volcanique, aux séismes et à d'autres catastrophes naturelles.

III. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL POUR L'ASIE DU SUD-EST

QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

1. La cinquantième session du Comité régional a eu lieu à Thimphu (Bhoutan) en septembre 1997. Le Comité a adopté huit résolutions et il a examiné plusieurs sujets en rapport avec le processus de réforme à l'OMS. Pour renforcer les liens avec les autres organes directeurs, le Comité a examiné les incidences des décisions et des résolutions de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif à ses quatre-vingt-dix-neuvième et centième sessions. La participation active de membres du Conseil exécutif aux travaux de l'OMS à l'échelon régional a facilité la prise en compte des vues et des préoccupations régionales au sein des organes directeurs. Ce mécanisme a été très apprécié par le Comité régional et son utilisation continuera à l'avenir.
2. Le Sous-Comité du budget programme a examiné la mise en oeuvre du budget programme pour l'exercice 1996-1997 et il s'est félicité des efforts déployés par les Etats Membres et l'OMS pour réaliser un taux global d'exécution de 92 %, y compris les crédits affectés au 31 août 1997. Le Sous-Comité a reconnu la réussite de stratégies novatrices telles que l'utilisation de mécanismes interpays pour la mise en commun de fonds au titre du budget des pays en vue d'obtenir des résultats rapides et tangibles, et l'élaboration et l'application effective du programme interpays supplémentaire pendant cet exercice biennal.
3. Le Sous-Comité a également examiné les modifications au projet du budget programme pour la Région pour l'exercice 1998-1999 et il a examiné et noté les plans d'action détaillés pour sa mise en oeuvre. A propos des modifications apportées au projet de budget programme, à savoir le transfert de fonds supplémentaires au bénéfice de cinq programmes prioritaires, le Sous-Comité a recommandé que les pays, à l'avenir, soient formellement consultés avant que des transferts importants soient proposés.
4. Lors de son examen des plans d'action détaillés pour la mise en oeuvre du budget programme pour 1998-1999, l'attention du Sous-Comité a porté sur les résolutions EB99.R13 et WHA50.26 concernant les économies de 3 % sur les dépenses administratives et les frais généraux qui pourraient être réalisées grâce à une mise en oeuvre plus efficace.
5. Le Bureau régional a donc élaboré un plan d'économies visant à réduire de 3 % les dépenses administratives et les frais généraux par l'amélioration de l'exécution des programmes dans les six sections de la résolution portant ouverture de crédits pendant l'exercice 1998-1999.
6. A propos des priorités de l'OMS, le Sous-Comité du budget programme a recommandé que les membres du Conseil exécutif et les délégués à l'Assemblée de la Santé soient convenablement informés des priorités régionales et des pays pour l'allocation des ressources de l'OMS. Le Comité s'est félicité des mesures positives prises concernant "les femmes, la santé et le développement", spécialement la participation accrue des femmes à l'activité de l'Organisation; pour promouvoir davantage encore les activités connexes dans la Région, une unité spéciale sera créée au Bureau régional. Signe de l'importance accordée à ce sujet, les discussions techniques du Comité régional à sa cinquante et unième session porteront sur "Les partenariats pour le développement sanitaire, l'accent portant sur la santé et le développement des femmes".
7. Le Comité a longuement évoqué la question des arrangements régionaux qu'examine le groupe spécial du Conseil exécutif sur l'examen de la Constitution. Le Comité s'est particulièrement intéressé aux questions suivantes : crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire; représentation des Régions au Conseil exécutif et au sein d'autres organes et nomination de membres permanents du Conseil de Sécurité au Conseil exécutif. Le Comité régional a réitéré son engagement à protéger les allocations régionales au titre du budget ordinaire dans le contexte des défis existants et des stratégies à adopter. Le Comité a noté que cette Région, avec dix Etats Membres, avait la plus forte proportion de cas de nombreuses maladies. Tout en reconnaissant les demandes des autres Régions visant à accroître leurs allocations au titre du budget ordinaire pour faire face à

l'augmentation du nombre des Etats Membres, le Comité a souligné qu'aucune augmentation des allocations versées à d'autres Régions ne devait se faire aux dépens de cette Région. Les vues du Comité ont été transmises au groupe spécial du Conseil exécutif pour qu'il les examine lors de sa réunion en novembre 1997.

8. Le Bureau régional a entrepris des évaluations approfondies des programmes concertés de l'OMS dans trois pays de la Région et dans quatre zones programmatiques régionales (organisation et gestion des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, médicaments et vaccins essentiels, paludisme et le programme élargi de vaccination). Le Comité s'est félicité de la participation à ces évaluations de personnels du Siège, du Bureau régional et des bureaux dans les pays.

9. Le Comité a examiné les progrès accomplis par les Etats Membres sur la voie de la réalisation du but de la santé pour tous. Le rapport régional de la troisième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous et le *Rapport sur la santé dans la Région, 1997* décrivaient clairement les succès remportés et les insuffisances et ils faisaient ressortir les défis restants. Ces défis sont énormes, surtout pour ce qui est des personnes défavorisées et marginalisées, dans une Région qui abrite le quart de la population mondiale et où les pauvres représentent environ 40 % de la population.

LA POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS POUR LE XXI^e SIÈCLE : PERSPECTIVES REGIONALES

10. La ligne d'action pour le développement de la santé pendant les dernières années de ce siècle et pour le suivant est étroitement liée aux progrès réalisés sur de nombreux fronts. On prévoit, par exemple, que la maladie du ver de Guinée (dracunculose) sera éradiquée en Inde, seul pays de la Région où elle subsiste, avant l'an 2000. Cinq pays de la Région ont atteint la cible de l'élimination du tétanos du nouveau-né et huit pays maintiennent une couverture vaccinale contre la rougeole de 80 % ou plus.

11. Le soutien de l'OMS aux activités d'éradication de la poliomyélite a continué à donner des résultats impressionnants. L'intense plaidoyer a favorisé la coordination interpays et interrégionale et la synchronisation des journées nationales de vaccination dans tous les pays de la Région où la maladie est endémique et dans les pays limitrophes de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. En janvier 1997, 127 millions d'enfants ont été vaccinés en une seule journée en Inde; c'est la plus importante intervention de santé publique jamais réalisée en une même journée dans le monde. Seulement 1116 cas de poliomyélite ont été notifiés dans la Région en 1996, par rapport à 25 717 en 1986 – soit une réduction de plus de 95 %. En même temps, des efforts ont été déployés pour améliorer la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë. Il y a de bonnes raisons d'espérer que les pays de la Région atteindront la cible mondiale de l'éradication de la poliomyélite avant l'an 2000.

12. Le nombre estimatif de cas de lèpre dans la Région est tombé de 5,5 millions en 1985 à 830 000 en 1996, tandis que le nombre des cas enregistrés passait de 3,8 millions à 630 000. Deux pays, le Sri Lanka et la Thaïlande, ont déjà atteint le but de l'élimination de la lèpre. Le Bhoutan, l'Indonésie et les Maldives y parviendront avant la fin de 1997 ou au début de 1998. Aucun cas de lèpre n'a été signalé en République populaire démocratique de Corée. Le Bangladesh, l'Inde, le Myanmar et le Népal ont étendu la polychimiothérapie à toutes les zones géographiques. Le but de l'élimination de la lèpre d'ici à l'an 2000 est donc tout à fait réaliste.

13. Malgré ces succès, il reste beaucoup à faire. Dans trois pays de la Région, 110 millions de personnes sont exposées au risque de contracter la leishmaniose viscérale (kala-azar) alors qu'on estime à 53 millions le nombre des porteurs de la filariose lymphatique. Le VIH/SIDA prend les proportions d'une épidémie dans certains pays de la Région. Des projections indiquent qu'en l'an 2000 la Région comptera près de deux millions de cas de SIDA et entre huit et dix millions de cas d'infection par le VIH. Les "anciennes" maladies telles que la tuberculose continuent de dominer le schéma de la morbidité. Pour la seule année 1996, on estime que plus de trois millions de cas nouveaux de tuberculose se sont déclarés dans la Région, soit environ 40 % du fardeau

mondial. Le paludisme demeure un fléau opiniâtre, avec plus de trois millions de cas signalés en 1996. Les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques restent les causes principales de mortalité chez les enfants. En plus du fardeau des maladies transmissibles, de nombreuses maladies chroniques liées au mode de vie émergent comme des graves problèmes de santé publique. Cela souligne la nécessité de déployer des efforts urgents pour combattre les maladies non transmissibles par la prévention primaire, par exemple en réduisant le tabagisme, en modifiant les comportements alimentaires et en adoptant des modes de vie sains.

14. Ainsi, les Etats Membres ont déjà fait d'importants progrès sur la voie de la réalisation du but de la santé pour tous. Mais il semble aussi, dans certains domaines, que les progrès stagnent. Dans de nombreux pays de la Région, l'explosion démographique, l'analphabétisme, la pauvreté, la malnutrition, le taux élevé de mortalité maternelle, l'accès insuffisant à de l'eau propre et à un système d'assainissement freinent tout progrès supplémentaire. De plus, avec la rapidité des voyages internationaux, aucun pays ne peut à lui seul empêcher les maladies de se propager au-delà des frontières. Des approches novatrices s'imposent donc d'urgence.

15. L'une de ces approches, qui a été approuvée par le Comité régional, est l'utilisation d'un mécanisme interpays pour remédier aux problèmes de santé courants. Les activités de lutte contre le paludisme frontalier ou pour intégrer les services de santé de district et les autres efforts consacrés au développement des systèmes de santé et à la formation à l'épidémiologie se sont révélés très bénéfiques pour les Etats Membres. Dans l'esprit de la solidarité régionale, ce mécanisme continuera d'être utilisé et des allocations accrues seront versées au titre des budgets de pays de l'OMS pour les activités interpays.

16. Une autre facette de l'approche régionale de l'avenir est la réforme du secteur de la santé. Cela est nécessaire pour tenir compte du rôle croissant du secteur privé, de la pression en faveur d'une réduction des dépenses publiques et de la volonté accrue du public de bénéficier de soins de qualité et de participer aux processus décisionnels. La "réforme du secteur de la santé", tel était le thème des discussions techniques du Comité régional à sa cinquantième session. Le Comité a instamment prié les Etats Membres d'utiliser au mieux les institutions et autres mécanismes nationaux ainsi que les centres collaborateurs de l'OMS pour planifier et gérer efficacement les réformes, et il a demandé au Directeur régional d'apporter l'appui technique dont ont besoin les Etats Membres pour mener à bien les réformes dans leur propre secteur de la santé.

17. Ces réformes, vu leur importance, doivent être soutenues par une stratégie de grande envergure qui tracera la voie pour la réalisation de progrès continus dans la mise en oeuvre du but de la santé pour tous. A cette fin, les efforts visant à maintenir la santé en bonne place dans les programmes politiques et de développement des Etats Membres se sont poursuivis. Ils ont abouti à deux résultats qui consolideront sans nul doute les bases pour le développement de la santé au XXI^e siècle.

18. Après une série de consultations, une déclaration sur le développement de la santé dans la Région de l'Asie du Sud-Est au XXI^e siècle a été élaborée et adoptée par les ministres de la santé de la Région lors de leur quinzième réunion en août 1997. Outre le cadre d'action pour le prochain millénaire, la déclaration contient l'élément régional de la politique de santé mondiale pour l'instauration de la santé pour tous que doit adopter l'Assemblée de la Santé en 1998. Le Comité régional a approuvé cette déclaration d'intention politique pour réaffirmer l'engagement des ministres de relever les défis posés par le développement de la santé au siècle prochain.

19. Devant ces défis, il apparaît de plus en plus que le secteur de la santé ne peut assurer seul des services efficaces et efficients à toute la population. Le secteur de la santé doit nouer des "partenariats" actifs avec d'autres entités, y compris le secteur privé, l'industrie, d'autres secteurs gouvernementaux et des organisations non gouvernementales. Dans un esprit de partenariat, les Directeurs régionaux pour l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental ont signé un protocole d'accord avec l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) en mai 1997. Un accord a aussi été conclu avec le secrétariat de l'Association sud-asiatique pour la Coopération régionale (ASACR) en préparation d'un protocole d'accord analogue. Ces deux accords stimuleront l'instauration de partenariats efficaces pour le développement de la santé au niveau infrarégional.

20. Dans ce contexte, l'OMS a soutenu l'initiative conjointe des Gouvernements de l'Indonésie et de la Thaïlande d'organiser à Bangkok du 11 au 15 décembre 1997 la conférence internationale sur la coopération interpays pour le développement de la santé au XXI^e siècle. L'objectif était d'améliorer la coopération interpays pour le développement de la santé en renforçant les mécanismes existants et en définissant de nouvelles approches et de nouveaux services pour une coopération technique efficace entre les pays. La conférence résultait de la sensibilisation croissante à l'importance d'un partenariat et d'une coopération efficaces entre les pays pour affronter les défis du développement de la santé au siècle prochain.

21. C'est ainsi qu'au seuil du XXI^e siècle, les Etats Membres de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est se sont préparés à relever les défis à venir, à renouveler leurs efforts pour instaurer la santé pour tous, à faire des réformes dans leurs systèmes de santé et à nouer de nouveaux partenariats et renforcer ceux qui existent. Avec ces approches, il y a tout lieu de croire que la Région progressera rapidement sur la voie de la réalisation du but de la santé pour tous.

IV. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL POUR L'EUROPE

QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

1. On trouvera ci-après, à l'intention du Conseil exécutif, un résumé des principales conclusions de la quarante-septième session du Comité régional de l'Europe, qui s'est réuni à Istanbul du 15 au 19 septembre 1997.
2. Un plan d'action pour 1998-1999 concernant la **lutte contre les maladies transmissibles** a été adopté. Si des résultats prometteurs ont été obtenus ces dernières années, la situation reste très grave dans la plus grande partie de l'Europe centrale et orientale et de nouvelles menaces font leur apparition, par exemple : l'incidence des maladies sexuellement transmissibles a augmenté de façon spectaculaire dans de nombreux pays d'Europe orientale dans les années 90. Alors que l'incidence du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et de la tuberculose semble s'être stabilisée au cours des dernières années en Europe occidentale, une augmentation spectaculaire de ceux-ci a été observée dans plusieurs pays d'Europe orientale. Le paludisme a fait sa réapparition et est très préoccupant dans une zone du sud-est de la Région. Parmi les autres problèmes graves dus aux maladies transmissibles dans la Région de l'Europe figurent la fièvre typhoïde, la dysenterie, l'hépatite A et le choléra. La réduction spectaculaire de l'incidence de la diphtérie au cours des trois dernières années témoigne de l'efficacité de programmes de vaccination convenablement planifiés et exécutés.
3. Un plan d'action pour 1998-1999 concernant l'**éradication de la poliomyélite** a également été adopté, qui a pour but de préparer tous les pays de la Région à la certification de l'éradication de la maladie d'ici l'an 2000.
4. En ce qui concerne les **encéphalopathies spongiformes transmissibles**, la décision de l'OMS d'utiliser ses compétences techniques pour la définition de la maladie, l'élaboration de lignes directrices, la formation et la surveillance a suscité la satisfaction.
5. Un troisième plan d'action (1997-2001) pour **une Europe sans tabac** a été adopté; il appelle à une action déterminée visant à protéger la santé publique des activités de l'industrie du tabac. Le plan propose que tous les Etats Membres européens élaborent d'ici 1999 des plans d'action nationaux, assortis de calendriers précis de mise en oeuvre et de cibles spécifiques concernant la réduction de la consommation de tabac, en particulier chez les femmes et les jeunes, en demandant le concours d'autres secteurs, notamment celui des juristes. L'un des principaux éléments du plan d'action est une proposition visant à étudier la faisabilité de la création d'une "Commission antitabac pour l'Europe" à compter du 1^{er} janvier 1999, qui rassemblerait un large éventail d'organisations et garantirait une meilleure coordination des efforts au niveau européen.
6. Le Président du **Comité européen de l'Environnement et de la Santé** (Comité conjoint EURO/Commission économique des Nations Unies pour l'Europe) a rendu compte des préparatifs de la conférence qui doit avoir lieu à Londres en 1999 sur le thème : "L'environnement et la santé par la coopération : agir pour le XXI^e siècle", en soulignant que le concours et la pleine participation de tous les pays seront nécessaires pour mettre en oeuvre les mesures envisagées et approuvées lors de la conférence. Plusieurs pays ont souligné l'importance du nouvel effort lancé par le Bureau régional de l'Europe pour promouvoir l'élaboration de plans d'action nationaux pour l'environnement et la santé, considérés comme des instruments efficaces non seulement pour atteindre des buts nationaux mais aussi pour promouvoir la coopération internationale.
7. On est parvenu à un consensus sur des critères révisés pour la désignation des candidats au **poste de Directeur régional**, au nombre desquels il est prévu désormais que les candidats devront avoir des connaissances suffisantes dans au moins l'une des langues de travail du Comité régional; il a également été confirmé que les candidats devraient en principe être ressortissants d'un des Etats Membres de la Région. Un

changement important au mandat du groupe de prospection régional a également été adopté, visant à donner à celui-ci une fonction de recherche active de candidats.

8. En ce qui concerne les débats du groupe spécial du Conseil exécutif sur l'examen de la Constitution au sujet des **arrangements régionaux**, le Comité régional s'est déclaré satisfait et a remercié pour son travail le Comité permanent du Comité régional, le groupe spécial et le Secrétariat. Les recommandations formulées par le Comité permanent du Comité régional, présentées en annexe à une résolution adoptée par le Comité régional sur la question, ont reçu un appui large et résolu.

9. Le Comité régional a salué un commentaire du Directeur général, qui a déclaré qu'il envisagerait d'allouer des fonds supplémentaires au **programme EUROSANTE** pour soutenir les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux Etats indépendants à la fin de la période biennale, en fonction des versements qui auront été faits par les principaux contributeurs et des taux de change en vigueur.

LA POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS POUR LE XXI^e SIECLE : PERSPECTIVES REGIONALES

Politique sanitaire mondiale

10. Suite à la consultation écrite des Etats Membres et d'un certain nombre d'experts pendant les mois d'octobre à décembre 1996, un projet de politique mondiale a été examiné en septembre 1997 par le Comité permanent du Comité régional, ainsi que par le Comité régional lui-même à sa quarante-septième session.

11. Le Comité permanent a constaté que si le projet de document énonçait une stratégie claire, il restait à montrer plus précisément quels étaient la vision et le rôle directeur de l'OMS; par ailleurs, la nécessité de fixer des normes juridiquement contraignantes a été remise en cause. Le Comité permanent a également conseillé de différer d'un an la mise au point définitive du document pour permettre d'associer le prochain Directeur général à son élaboration.

12. Plusieurs représentants ont félicité le Directeur général et son personnel pour le nouveau projet. Les commentaires du Comité permanent ont été généralement approuvés mais d'autres observations ou réserves ont également été exprimées; par exemple, il a été suggéré que le rôle des gouvernements et des autorités locales soit énoncé beaucoup plus clairement, du moins en ce qui concerne les soins de santé de base. Beaucoup d'Etats Membres européens partisans d'une approche fondée sur les assurances sociales ne sont pas favorables au financement des soins de santé exclusivement par l'Etat. Plusieurs représentants ont souligné la nécessité de renforcer la partie du document contenant des recommandations pratiques.

13. Certains représentants ont soutenu la proposition du Comité permanent du Comité régional de différer d'un an la mise au point définitive du document bien que des réserves aient également été exprimées; il a par exemple été souligné qu'en vertu de la résolution WHA48.16 adoptée en 1995, le Directeur général était tenu de présenter sous sa forme définitive la politique et la stratégie mondiales de la santé pour tous à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en 1998.

Politique sanitaire régionale

14. Lorsque les Etats Membres de la Région européenne de l'OMS ont adopté la politique régionale et les 38 buts de la santé pour tous en 1984, ils ont mis en place un cycle continu d'élaboration des politiques, où la transparence devait résulter de la fixation de cibles représentant des aspirations et de la définition d'indicateurs types pour mesurer les progrès accomplis. Le Comité régional a entrepris le premier examen de la politique régionale en 1991. Celle-ci était de portée très large. Les progrès ont été mesurés au moyen de 200 indicateurs opérationnels, suivis de façon continue dans tous les Etats Membres.

15. Un projet révisé de la nouvelle politique pour le XXI^e siècle doit être soumis au Comité permanent du Comité régional en avril 1998, après quoi un projet définitif sera soumis pour approbation au Comité régional à sa quarante-huitième session en septembre 1998. La politique devrait être largement publiée à la fin de 1998.

16. Les valeurs et principes sur lesquels reposait à l'origine la politique de la santé pour tous sont jugés toujours valables.

17. Compte tenu des consultations intensives qui ont eu lieu en permanence au sujet du projet européen (et auxquelles ont été associés les 50 Etats Membres actifs et un nombre égal d'organisations), le Comité régional a salué dans son examen préliminaire la nouvelle politique. Il a demandé que le document définitif soit publié en deux parties (résolution EUR/RC47/R6) : la première définirait les grandes priorités et valeurs de la politique sanitaire pour l'Europe; la seconde contiendrait des lignes directrices plus détaillées sur les stratégies et les options possibles, un plan d'action, une liste d'indicateurs et une méthodologie pour l'établissement de cibles.

V. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL POUR LA MEDITERRANEE ORIENTALE

QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

1. La quarante-quatrième session du Comité régional s'est tenue à Téhéran (République islamique d'Iran) du 4 au 7 octobre 1997. Les discussions techniques ont porté sur la technologie sanitaire appropriée, et les documents techniques qui ont été présentés traitaient des thèmes suivants : la mobilisation de la communauté en faveur de la santé pour tous, la contribution des établissements universitaires et des associations de professionnels de la santé à l'avènement de la santé pour tous, l'élimination et l'éradication de maladies, notamment la rougeole, la tuberculose et la poliomyélite, ainsi que l'informatique et la télématique dans le domaine de la santé. Le troisième rapport sur l'évaluation régionale des stratégies de la santé pour tous, le document "Projet de politique de la santé pour tous" et l'examen de la Constitution par le groupe spécial du Conseil exécutif étaient également à l'ordre du jour de cette session.

2. En ce qui concerne l'examen de la Constitution de l'OMS, le Comité régional a adopté une résolution qui confirme l'importance de la structure régionale de l'Organisation; le Comité a estimé que deux nouveaux membres devraient être ajoutés à la liste des membres du Conseil exécutif et que la durée du mandat devait être maintenue à trois ans; il n'était pas en faveur du renouvellement du mandat d'un membre individuel quel qu'il soit; les sessions du Comité régional devraient demeurer annuelles, et la procédure pour la désignation d'un candidat au poste de Directeur régional devrait être maintenue jusqu'à ce que le résultat de l'application de la nouvelle procédure pour l'élection du Directeur général soit connu. Le Comité a estimé que tout modèle mathématique adopté pour les affectations de crédits budgétaires devait reposer sur des données incontestées, pouvoir s'adapter aux changements, prendre en compte les ressources extrabudgétaires, faire une répartition équitable selon les besoins nationaux et régionaux, et que les bons résultats obtenus dans certains programmes ne devaient pas orienter à la baisse les affectations générales.

3. Le document technique sur la contribution des établissements universitaires et des associations professionnelles à l'avènement de la santé pour tous a suscité un intérêt considérable, car il va dans le sens de l'élan donné à l'enseignement de la médecine dans la Région. Préoccupé par le fait que les programmes d'enseignement dispensés aux professionnels de la santé ne répondent pas aux besoins des communautés, et souhaitant voir une meilleure coordination entre les établissements qui assurent cet enseignement et les services de santé, le Comité a, entre autres, demandé au Directeur régional de constituer un groupe d'experts afin d'aider les écoles de médecine et les établissements de même type à évaluer leur enseignement.

4. Le document technique consacré à la mobilisation de la communauté en faveur de la santé pour tous abordait un point capital de la promotion de la santé – la nécessité d'associer les communautés aux décisions et aux processus qui ont une incidence sur leur propre santé. Plusieurs initiatives prises dans la Région de la Méditerranée orientale peuvent servir de modèles en matière de mobilisation communautaire, en particulier l'approche dite des "besoins essentiels pour le développement", aujourd'hui solidement implantée, qui consiste à aborder les problèmes de santé des populations déshéritées, en particulier dans les zones reculées et les zones rurales, dans le contexte du développement global. Il manque cependant une méthode pour mobiliser la communauté dans un large contexte social. Par conséquent, le Comité régional a, entre autres, demandé au Directeur régional de créer une équipe spéciale d'experts, comprenant des spécialistes des sciences humaines, chargée de mettre au point cette méthode et de rédiger des directives.

5. En ce qui concerne l'élimination et l'éradication de maladies, notamment la rougeole et la tuberculose, le Comité a adopté une résolution dans laquelle il demande instamment aux pays d'adopter et d'appliquer les stratégies visant à éliminer la rougeole d'ici 2010. Le Comité a également invité instamment les pays dans lesquels l'incidence de la tuberculose est faible à se fixer pour objectif d'éliminer cette maladie d'ici 2010, et les pays à incidence moyenne ou élevée, à appliquer la stratégie régionale "DOTS aux quatre coins de la Région"

– soit l’application généralisée du traitement selon la méthode DOTS – comme préalable à l’élimination de la maladie. Par la suite, le Comité a examiné une stratégie régionale de prévention de la transmission transfrontalière du poliovirus sauvage et a, entre autres, appelé les Etats Membres à coordonner les efforts qu’ils déploient en vue d’éradiquer la poliomyélite, en particulier dans les zones frontalières. Il a également demandé au Directeur régional d’utiliser les moyens et ressources disponibles à l’OMS et dans ses centres collaborateurs pour aider à réduire la transmission transfrontalière.

6. Au sujet de la technologie sanitaire appropriée, le Comité a demandé au Directeur régional d’envisager l’élaboration de directives et de codes techniques concernant le choix et l’utilisation rationnelle de la technologie moderne et d’accroître le rôle joué par les centres collaborateurs de l’OMS dans le transfert de technologies appropriées vers les Etats Membres. Il a également demandé au Directeur régional de faire comprendre au Directeur général l’importance que les Etats Membres accordent à la suppression des barrières et restrictions qui empêchent indûment les pays d’avoir accès aux technologies sanitaires et au matériel médical appropriés.

LA POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS POUR LE XXI^e SIECLE : PERSPECTIVES REGIONALES

7. Le projet de document exposant la politique de la santé pour tous au XXI^e siècle a suscité de nombreux commentaires de la part des Etats Membres. La Région de la Méditerranée orientale a encouragé plusieurs initiatives opérationnelles en matière de politique de santé afin de mieux mettre en oeuvre la stratégie de la santé pour tous dans le contexte régional. La Région a joué un rôle dans la formulation et l’adoption de la résolution WHA37.13, qui reconnaissait que la dimension spirituelle contribue grandement à donner aux individus la motivation nécessaire pour se réaliser pleinement dans tous les aspects de la vie. Les pays de la Région se sont donc efforcés d’inclure cette dimension spirituelle dans leurs politiques et stratégies sanitaires, la considérant comme fondamentale pour la promotion de la santé. Le Comité régional a, en particulier, demandé au Directeur régional de prendre les mesures nécessaires pour incorporer cette dimension dans la politique mondiale de la santé pour tous et dans la Constitution de l’OMS au moment de sa révision.

8. Le Comité a réaffirmé que la santé pour tous continuait d’être un but valable et intemporel vers lequel il faut tendre, que la politique nationale de santé devait faire partie intégrante de la politique nationale de développement socio-économique, et que les politiques nationales et régionales devaient prendre en compte les caractéristiques sociales et culturelles.

9. Durant l’examen de ce point ainsi que d’autres points de l’ordre du jour, les grands principes de la collaboration du Bureau régional avec les Etats Membres ont été soulignés :

a) Les bureaux de pays de l’OMS, qui bénéficient de l’appui des services d’experts techniques disponibles au Bureau régional et au Siège de l’OMS, offrent des ressources techniques aux ministères de la santé et aux entités des secteurs apparentés à la santé. Les Etats Membres sont encouragés à utiliser ces services pour élaborer leur politique nationale de santé, soutenir la réforme du secteur de la santé et, lors des négociations avec les bailleurs de fonds internationaux, veiller à ce que l’appui apporté par ceux-ci soit conforme aux objectifs de la politique de santé nationale.

b) L’OMS n’a pas de programmes qui lui sont propres au niveau national, son rôle consistant à seconder les programmes de santé nationaux. L’OMS et les autorités nationales examinent ensemble les programmes de santé et programmes connexes et déterminent l’appui que l’OMS doit fournir. Alors que l’appui technique s’applique à toutes les composantes des programmes nationaux, les allocations de pays au titre du budget ordinaire de l’OMS sont destinées aux domaines prioritaires de ces programmes.

c) La collaboration avec les Etats Membres est principalement orientée vers le développement du potentiel national, l'investissement dans le développement des ressources humaines et le renforcement des systèmes de santé nationaux.

VI. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL

QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

1. A sa quarante-huitième session, le Comité régional du Pacifique occidental a soulevé un certain nombre de questions qui exigent l'attention du Conseil exécutif. La plupart de ces questions ont été étudiées au titre du point de l'ordre du jour "Questions régionales" et concernent les travaux du groupe spécial sur l'examen de la Constitution de l'OMS. Quatre autres questions qui intéresseront le Conseil exécutif ont été néanmoins soulevées au titre d'autres points de l'ordre du jour (voir paragraphes 7 à 10 ci-après).
2. En ce qui concerne les allocations régionales, le Comité régional a estimé que l'allocation destinée au Pacifique occidental devrait être augmentée, essentiellement du fait que cette Région comprend environ 28 % de la population mondiale. Les représentants ont également mentionné bien d'autres critères qui pourraient servir à déterminer les allocations budgétaires, dont le nombre de pays les moins avancés de la Région, les besoins sanitaires et un indicateur du développement humain. Certains représentants ont également jugé qu'une augmentation pourrait se justifier étant donné que la Région compte de nombreux Membres ayant des populations restreintes et éparpillées.
3. Le Comité régional est également d'avis qu'il faudrait augmenter le nombre de sièges alloués à la Région au Conseil exécutif. Les arguments sous-tendant cette augmentation comprennent la dimension de la population, le nombre des Etats Membres et la portée géographique. Aucun consensus ne s'est dégagé quant au nombre optimum de membres du Conseil.
4. Il a également été estimé que le mandat des Directeurs régionaux devrait s'aligner sur celui du Directeur général, à savoir un mandat de cinq ans, renouvelable une fois, bien que cette restriction ne s'applique pas aux titulaires en poste. La discussion a été très limitée et aucun consensus n'a été dégagé au sujet de la méthode de sélection.
5. Pour ce qui est des sessions du Comité régional et de l'Assemblée de la Santé, le Comité a estimé que les comités régionaux doivent continuer à se réunir annuellement, mais que l'Assemblée de la Santé pourrait peut-être se tenir tous les deux ans. La possibilité d'un raccourcissement des sessions des comités régionaux doit toutefois être examinée en permanence.
6. Quatre autres questions intéressant le Conseil exécutif ont été soulevées.
7. Le Comité régional a demandé l'avis du Directeur général sur la manière de régir les relations de l'OMS avec le secteur privé.
8. Le document général "La santé pour tous au XXI^e siècle" a suscité un certain mécontentement; le Comité régional a demandé au Directeur régional de transmettre au Directeur général sa requête concernant la révision du document afin que les Etats Membres puissent l'examiner et le commenter avant que ce dernier ne soit soumis à l'examen du Conseil exécutif à sa cent unième session.
9. Des représentants du Brunéi Darussalam et de Malaisie ont soulevé la question de la brume qui couvrait la plus grande partie de l'Asie du Sud-Est au moment où se tenait la session du Comité régional. Le Gouvernement japonais a accepté que des fonds extrabudgétaires déjà perçus soient réalloués afin d'offrir un appui immédiat aux pays qui sont confrontés aux problèmes de santé occasionnés par la brume. A la suite de cette session, un spécialiste de l'hygiène du milieu s'est rendu en Malaisie.

10. Le représentant de la Mongolie a fait observer que l'appui de l'OMS aux "contextes favorables à la santé" dans la Région du Pacifique occidental n'avait jusqu'ici pas satisfait aux besoins des communautés nomades. Il a été admis que cette question serait examinée dans le contexte du plan directeur régional *Nouveaux horizons en matière de santé*.

11. La brume est un phénomène contemporain et les communautés nomades sont pratiquement aussi vieilles que l'humanité. La réponse de l'OMS à ces deux points est essentiellement la même : grâce à des interventions appropriées et opportunes en matière de santé publique, la politique de l'OMS est de veiller à ce que les gens aient l'occasion de maximiser leur potentiel en matière de santé.

LA POLITIQUE DE LA SANTE POUR TOUS POUR LE XXI^e SIECLE : PERSPECTIVES REGIONALES

12. D'ici l'an 2020, la population de la Région aura augmenté de 24 % par rapport aux niveaux actuels et la répartition par âges aura changé : le groupe d'âge de 0 à 14 ans sera passé de 26,9 (en 1995) à 20,6 % en 2020 et, au cours de cette même période, le groupe d'âge des plus de 65 ans sera passé de 6,5 à 9,7 %. Ces changements démographiques s'accompagneront d'une transformation du profil pathologique : les maladies transmissibles et les affections nutritionnelles, périnatales et maternelles représentent déjà un pourcentage du total bien inférieur à celui de 1975; d'ici 2020, ces affections représenteront une part très petite d'un profil pathologique régional dominé par les maladies liées au mode de vie, d'autres maladies non transmissibles, les accidents et blessures et les affections associées à l'âge. L'objectif de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental est d'appuyer des politiques de santé publique bien planifiées et structurées afin de faire face à ces problèmes nouveaux. Le changement est inévitable mais il peut être influencé de diverses manières.

13. La Région s'est toujours caractérisée par sa grande diversité. Si nous réfléchissons aux enjeux sanitaires du siècle prochain, il sera plus important que jamais de prendre conscience de la gamme des besoins sanitaires des Etats Membres. La prospérité croissante de la Région offrira des occasions d'améliorer l'état de santé de nombreuses personnes, mais l'OMS devra demeurer à l'écoute des besoins des pays moins avancés et des petits Etats insulaires du Pacifique. Il existe encore dans la Région du Pacifique occidental des pays qui n'ont pas éradiqué la lèpre et des pays où le taux de mortalité maternelle est inadmissible (certains dépassent de beaucoup la cible régionale de 300 décès pour 100 000 naissances vivantes). Les mesures visant à maîtriser les taux de maladies cardio-vasculaires, de cancer et autres maladies non transmissibles mises à part, il faut continuer d'allouer suffisamment de ressources à la lutte contre les maladies transmissibles et les affections nutritionnelles, périnatales et maternelles.

14. Il est très important que les services de santé regardent vers l'avenir plutôt que vers le passé; en premier lieu, ils doivent recevoir suffisamment de ressources. La vaste majorité des pays de la Région connaissent une croissance économique forte et ont mis en place une infrastructure sanitaire de base. Toutefois, il existe quelques pays tels que le Cambodge et la République démocratique populaire lao où l'allocation destinée au secteur de la santé représente moins de 2 % du produit national brut. Dans ces pays, le secteur de la santé n'est pas en mesure de satisfaire les besoins fondamentaux. Dans le Pacifique Sud, le problème principal est la mise en place de professionnels de la santé de niveau intermédiaire. L'OMS continuera de soutenir avec vigueur les pays les moins avancés de la Région pour qu'ils améliorent leurs services de santé et, s'agissant des pays insulaires du Pacifique, pour qu'ils fournissent des services de santé adéquats même dans des lieux éloignés.

15. Pour la plupart des pays de la Région, les questions concernant le siècle prochain seront d'ordre qualitatif plutôt que quantitatif : comment la privatisation peut-elle permettre aux secteurs les plus pauvres de la société de continuer à bénéficier d'une couverture adéquate ? Comment assurer un approvisionnement approprié en médicaments à un prix raisonnable ? Quelle part du budget de la santé doit être allouée aux soins curatifs et quelle part aux soins préventifs et à la promotion sanitaire ? Quelle branche du secteur sanitaire est la mieux équipée pour s'occuper des pathologies dégénératives chroniques de la vieillesse ? Ce sont quelques-unes des

questions que les Etats Membres de l'OMS situés dans la Région du Pacifique occidental, et dans d'autres Régions, devront affronter. Le rôle de l'OMS sera d'appuyer les pays à mesure qu'ils adaptent leurs services de santé afin de remédier à ces problèmes.

16. Le plan directeur régional, *Nouveaux horizons en matière de santé*, a été approuvé par la quarante-cinquième session du Comité régional du Pacifique occidental en 1994. Il est basé sur l'hypothèse simple que les gens peuvent beaucoup en ce qui concerne leur propre santé. Le rôle de la politique publique est de fournir un environnement favorable dans lequel les individus et les communautés peuvent prendre des décisions qui permettront aux gens de vivre plus longtemps et en meilleure santé.

17. Le plan *Nouveaux horizons en matière de santé* reconnaît que les besoins sanitaires des gens changent tout au long de leur vie. C'est pour cette raison qu'il est organisé autour de trois thèmes : préparation à la vie; protection de la vie; et qualité de la vie au cours des dernières années. Il reconnaît en outre que le milieu dans lequel les gens vivent à toutes les étapes de leur vie influence leur santé. L'OMS s'efforce par conséquent de promouvoir des environnements plus sains dans la Région en exécutant des projets d'assainissement et en parrainant des contextes favorables à la santé tels que les écoles, les villes-santé et les îles-santé.

18. Le plan *Nouveaux horizons en matière de santé* ne répondra pas à toutes les questions sanitaires du XXI^e siècle, mais il met en place un cadre souple au sein duquel les pays, les communautés et les individus peuvent inscrire leur propre avenir en matière de santé. Il constituera la base de la politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle dans la Région du Pacifique occidental.

= = =