



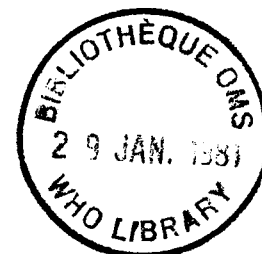
CONSEIL EXECUTIF

Soixante-septième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUINZIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Jeudi 22 janvier 1981, 9 h 30

PRESIDENT : Dr D. BARAKAMFITIYE



Sommaire

Pages

1. Projet de budget programme pour la période financière 1982-1983 (suite)

Rapports des Directeurs régionaux sur des questions intéressant les Comités régionaux qui réclament l'attention particulière du Conseil (suite)

Examen du programme (suite)

Activités régionales (suite)

Afrique	2
Les Amériques	2
Asie du Sud-Est	7
Europe	10

Note : Le présent procès-verbal est un document provisoire, les comptes rendus des interventions n'ayant pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci. Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences qui assiste aux séances, soit être envoyées au service des Comptes rendus (Bureau 4012, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse), cela avant le 13 mars 1981.

QUINZIEME SEANCE

Jeudi 22 janvier 1981, 9 h 30

Président : Dr D. BARAKAMFITIYE

1. PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR LA PERIODE FINANCIERE 1982-1983 : Point 9 de l'ordre du jour (résolutions WHA33.17, paragraphe 4 1) et WHA33.24, paragraphe 3; document PB/82-83) (suite)

RAPPORTS DES DIRECTEURS REGIONAUX SUR DES QUESTIONS INTERESSANT LES COMITES REGIONAUX QUI RECLAMENT L'ATTENTION PARTICULIERE DU CONSEIL : Point 10 de l'ordre du jour (résolution WHA33.17, paragraphe 4 4); documents EB67/5, EB67/6, EB67/7, EB67/8 et EB67/10) (suite)

Afrique (document PB/82-83, pages 265-276; document EB67/5) (suite)

EXAMEN DU PROGRAMME : Point 9.2 de l'ordre du jour (suite)

ACTIVITES REGIONALES (document PB/82-83, annexe 2) (suite)

Le PRESIDENT propose qu'une nouvelle version du projet de résolution contenu dans le document EB67/5 soit préparée compte tenu des discussions de la veille et que le Conseil se prononce ultérieurement à son sujet.

Il en est ainsi décidé.

Les Amériques (document PB/82-83, pages 277-286; document EB67/6)

Le Dr ACUÑA (Directeur régional pour les Amériques) présente son rapport, dans lequel sont évoqués les faits marquants de la trente-deuxième session du Comité régional des Amériques/XXVII^e réunion du Conseil directeur de l'OPS. Le premier d'entre eux a été l'adhésion de Sainte-Lucie à l'OPS. L'adhésion à l'OMS n'est pas automatiquement suivie d'une adhésion à l'OPS, et le Dr Acuña est heureux de dire que la demande présentée par Sainte-Lucie a été approuvée à l'unanimité par le Conseil directeur de l'OPS. Ensuite, l'Espagne s'est vu accorder le statut d'observateur à l'OPS. Ce pays souhaitait établir des liens plus étroits avec la Région pour des raisons non seulement historiques et culturelles mais encore pratiques, et le Dr Acuña se réjouit de dire que le Comité a également accédé à cette demande, compte tenu du fait que l'Espagne avait été admise auparavant à l'Organisation des Etats américains, à la Commission économique pour l'Amérique latine et dans d'autres organismes régionaux et sous-régionaux. Il faut espérer que, dans le sillage de ces décisions du Conseil directeur, on élaborera des programmes qui seront l'occasion d'instaurer une coopération en santé entre l'Espagne et les pays des Amériques.

Une autre question d'importance a été examinée à la session : les incidences de l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions. Le Comité régional cherche à donner aux Etats Membres les moyens de jouer un rôle plus actif dans les domaines qui intéressent l'Organisation, notamment la chronologie des sessions du Comité exécutif de l'OPS. Celles-ci ont lieu en juin après l'Assemblée de la Santé, et le Comité régional se réunit normalement en septembre-octobre de la même année. Ceci signifie que le Comité exécutif revoit la partie du budget programme de l'OMS relative à la Région uniquement après qu'elle a été approuvée par l'Assemblée de la Santé. Or, le Comité exécutif pourrait se réunir l'année d'avant la session du Conseil, de façon à donner l'impulsion voulue au Comité du Programme du Conseil exécutif en novembre et au Conseil proprement dit en janvier. Le Comité régional pourrait alors se réunir au printemps avant l'Assemblée de la Santé. Le Directeur général et les Etats Membres continuent d'étudier la question de concert, tandis que les gouvernements envisagent les moyens de renforcer leur délégation aux réunions des organes délibérants de l'Organisation. Sont notamment pris en compte la continuité de la représentation, les meilleurs moyens de se préparer à l'examen de certaines questions, ainsi que la coordination. Le Dr Acuña pense que la coordination des points de vue régionaux permettrait notamment d'améliorer les travaux du Conseil; peut-être l'expression "un pays que je connais bien" pourrait-elle être remplacée par "un pays de la région que je connais bien".

Le Dr Acuña voudrait appeler l'attention sur le plan de lutte antipaludique dans l'hémisphère. Des projets régionaux ont été approuvés dans un premier temps par l'Assemblée de la Santé en 1969 et, en 1970 et 1971, des équipes pluridisciplinaires se sont rendues dans divers pays afin de savoir pourquoi les approches suivies pour la lutte antipaludique différaient tant; malheureusement, cette étude n'a pas changé grand-chose. Vers 1975, de sérieux problèmes administratifs, techniques et financiers sont apparus dans la lutte antipaludique et, en 1980, le Comité régional a complètement revu la stratégie antipaludique de chaque pays. On espère qu'à l'avenir, ce seront les responsables nationaux chargés d'évaluer les besoins du pays par rapport aux ressources disponibles, qui décideront si une aide extérieure est nécessaire ou non; puisqu'ils sont les plus directement responsables des activités de lutte dans chaque pays, il apparaît justifié de leur confier la tâche de formuler la stratégie à adopter. Il importe que les gouvernements dressent des plans à court et à long terme pour la lutte antipaludique.

Le Bureau régional a envoyé des missions dans les divers pays pour encourager la coopération sur les plans tant intérieur qu'inter-pays. On s'est aperçu qu'en rassemblant toutes les ressources disponibles dans le secteur de la santé publique, dans les universités et dans les ministères, les pays pouvaient fournir eux-mêmes les compétences nécessaires au lancement d'actions de lutte antipaludique et de recherche sur le paludisme. C'est là un moyen d'utiliser les connaissances et les aptitudes nationales; en même temps, l'expérience acquise par un pays peut être mise au service de ses voisins. Ceci offre un bon exemple des possibilités de fonctionnement de la coopération technique entre pays en développement. On a incité les gouvernements à bien voir que l'appui inefficace et bien souvent désordonné qu'ils apportaient à la lutte antipaludique avait conduit à une situation d'endémicité paludéenne ponctuée par des épidémies cycliques. Il existe aux Amériques deux centres collaborateurs pour la lutte antipaludique, l'un au Mexique et l'autre au Venezuela, qui font des études spécialisées. Il ne semble pas nécessaire de créer d'autres centres, car ils n'apparaissent pas indispensables et sont d'un entretien coûteux.

Un autre point important a été évoqué au Comité régional, celui des stratégies régionales de la santé pour tous d'ici l'an 2000. A la suite d'une étude préliminaire faite par le Bureau régional, une série de réunions ont rassemblé sur le terrain des nationaux et du personnel de l'OMS dans le but de jeter les bases des stratégies nationales. Ensuite, 24 pays de la Région ont établi des stratégies nationales qui ont été soumises au Comité régional et approuvées en octobre 1980, puis transmises au Directeur général en tant que contribution aux travaux du Comité du Programme du Conseil exécutif. En même temps, le Comité régional a désigné un groupe de travail spécial chargé d'établir un document complémentaire qui développerait les stratégies en fixant des indicateurs et des buts quantifiables et en dégageant une base pour chaque pays de la Région. Ce document a été soumis lui aussi au Directeur général en novembre 1980, à la suite de la réunion du Comité du Programme. Depuis, l'élaboration du plan d'action destiné à mettre en oeuvre la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 est devenue la tâche essentielle de tout le personnel du Bureau régional. Sous l'autorité du Directeur adjoint, un certain nombre de groupes de travail ont été créés pour coordonner et assembler le plan, l'évaluer et fixer des directives pour son suivi. On a ainsi pu mettre sur pied une infrastructure et promouvoir la coopération internationale, notamment la coopération technique entre pays en développement, de même que renforcer la préparation aux catastrophes et d'autres mécanismes de mise en oeuvre de la stratégie.

Un calendrier complet d'activités pour la préparation du plan a été établi. Il doit être approuvé par le Comité exécutif à sa réunion de juin et par le Comité régional en septembre 1981. On espère pouvoir communiquer le projet de plan d'action aux Etats Membres pendant la première semaine de mai, ce qui permettra au Comité exécutif de l'examiner en juin. Ces efforts énergiques sont déployés parallèlement à l'établissement de la partie du budget programme de 1982-1983 relative à l'OPS et des prévisions pour la période biennale suivante.

En raison de problèmes de calendrier, il a été conclu que 1982-1983 serait une période transitoire et que l'on ferait mieux ressortir en 1984-1985 les stratégies nationales et régionales de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il va sans dire que, dans le plan, ces stratégies devront peut-être être modifiées et améliorées au cours des 20 prochaines années. Le Dr Acuña espère pouvoir faire bénéficier d'autres régions de l'expérience acquise dans cette activité d'importance.

Il y a eu de très vifs débats au Comité régional et les gouvernements Membres ont tous remarquablement réagi. Le texte complet du rapport sur la session du Comité, y compris les 41 résolutions adoptées, ainsi que le rapport annuel du Directeur régional, sont à la disposition des membres du Conseil qui désireraient les consulter.

Le Dr BRAGA tient à féliciter le Directeur régional de l'excellent travail réalisé dans la Région ces dernières années. Si, dans le passé, l'Organisation a beaucoup contribué à l'amélioration du niveau de santé dans la Région, notamment avec la formulation du Code panaméricain de la santé, les activités se sont nettement intensifiées entre 1948, année où le Dr Fred Soper fut porté à la direction du Bureau régional, et maintenant.

L'un des éléments clés de l'action de l'Organisation dans la Région a été l'exécution de campagnes d'éradication des vecteurs de certaines maladies et de lutte contre les maladies tropicales. Il faut mentionner tout spécialement les efforts pour éliminer Aedes aegypti, qui a toujours constitué un sujet de préoccupation dans la Région. On connaît aujourd'hui beaucoup mieux l'épidémiologie de la fièvre jaune; si la campagne d'éradication d'Aedes aegypti a donné d'excellents résultats dans la plupart des pays, les problèmes de transmission urbaine suscitent malheureusement de nouvelles inquiétudes. Certains pays n'ont pas pu éliminer le vecteur, si bien que d'autres ont été réenvahis. Dans un pays que le Dr Braga connaît bien et où se trouvent de grands centres urbains, le risque de fièvre jaune suscite l'inquiétude. Aussi faut-il se réjouir que l'Organisation soit en mesure d'aider les pays dans leur action pour éliminer le vecteur dans les zones urbaines, et espérer qu'elle pourra persuader les pays qui n'ont pas encore adopté de mesures antivectorielles de commencer à le faire.

Le problème est crucial non seulement pour la Région des Amériques, mais encore pour d'autres régions en particulier l'Afrique, où la fièvre jaune reste un problème.

Il est très important de savoir ce qui se fait dans les régions, et le Dr Braga se félicite de ce que l'Espagne ait été admise à l'OPS à titre d'observateur. Il serait bon que cet exemple soit suivi dans d'autres régions.

Le Dr ZECENA félicite lui aussi le Dr Acuña de l'oeuvre accomplie dans la Région. Evoquant l'admission de l'Espagne à l'OPS à titre d'observateur, le Dr Acuña a parlé des liens culturels, historiques et pratiques entre l'Espagne et la Région; le Dr Zecena aimerait savoir quels sont ces liens pratiques. Dans la Région africaine, la Guinée équatoriale a elle aussi des liens spéciaux avec les pays d'Amérique latine; peut-être pourrait-elle être admise elle aussi à l'OPS à titre d'observateur. Ceci vaut également pour les pays africains de langue portugaise - le Cap-Vert, la Guinée-Bissau, Sao Tomé-et-Principe, l'Angola et le Mozambique. Le Dr Lisboa Ramos souhaitera peut-être commenter cette éventualité.

Le Dr LISBOA RAMOS dit que les membres du Conseil siègent à titre individuel et qu'ils n'ont pas qualité pour parler au nom de leur gouvernement. Cependant, il fera part à son gouvernement de cette suggestion qui lui est faite de demander le statut d'observateur à l'OPS.

Selon le Dr PATTERSON, il ressort du rapport du Dr Acuna que tous les Etats Membres de la Région des Amériques utilisent au mieux les ressources dont ils disposent pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Elle a été particulièrement heureuse d'apprendre l'adhésion de Sainte-Lucie à l'OPS, car sa présence renforcera la participation de la sous-région des Caraïbes aux travaux de la Région des Amériques.

Le Dr OREJUELA se félicite également du travail réalisé par l'Organisation dans la Région; tout ce qu'il peut ajouter, c'est que son pays n'a eu qu'à se louer de ces réalisations.

Le Dr ÁLVAREZ GUTIÉRREZ reprend à son compte les observations faites par les orateurs précédents. Il souligne notamment le zèle dont a fait preuve le Comité régional dans ses travaux sur les stratégies relatives à l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000, qui a eu un effet stimulant sur son pays et sur d'autres, les encourageant à déployer de formidables efforts en vue de l'élaboration de leurs propres stratégies. Il s'agit là d'un exemple de coopération fructueuse dans la Région.

Pour le Dr DE VILLIERS (suppléant du Dr Law), nous pouvons être fiers de l'oeuvre accomplie par le Dr Acuña dans la Région des Amériques. Il aimerait souligner l'importance de la collaboration inter-pays dans la Région, qui devrait amener à renforcer la coopération interrégionale, compte tenu de ce que la Région des Amériques peut apporter à l'OMS.

Le Dr HIDDLESTONE a été particulièrement intéressé par la question de l'admission de l'Espagne au statut d'observateur à l'OPS. Le principe de l'universalité est un des principes fondamentaux de l'OMS, et toute demande de statut d'observateur honore le Comité régional

concerné. La situation comporte cependant une part de risque, de même que la participation à certains comités régionaux d'Etats Membres possédant des territoires dans la Région. Il peut se faire malheureusement qu'un Etat cherche par ce biais à exercer indûment son influence. Il note qu'il est question au paragraphe 6 du document EB67/6 d'études en cours pour clarifier le problème. En fait, la question a des incidences plus graves et mérite d'être examinée de manière plus approfondie à la fois par le Conseil et par l'Assemblée de la Santé.

Le Dr LITVINOV (conseiller du Dr Venediktov) convient que cette question doit être examinée plus avant. Il faut distinguer entre la notion de Membres associés et celle d'observateurs à un comité régional. La présence d'observateurs aux réunions des comités régionaux devrait permettre un échange d'informations mutuellement profitable entre régions. Il ne voit pas dans la Constitution de l'Organisation d'article qui interdise la présence d'observateurs; le Secrétariat pourrait peut-être éclaircir la question.

Le Dr KRUISINGA aimerait en savoir plus long sur l'éradication d'Aedes aegypti. Il aimerait avoir l'avis du Dr Acuña sur le réseau de laboratoires d'immunologie des Caraïbes et savoir dans quelle mesure celui-ci pourrait servir d'exemple à d'autres zones; il aimerait connaître par ailleurs les progrès réalisés dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Il est question au paragraphe 11 de la page 278 du budget programme de la coordination entre l'Organisation et les organes sous-régionaux; il aimerait avoir plus de renseignements au sujet d'éventuels accords.

Il faut se féliciter de l'octroi à l'Espagne du statut d'observateur à l'OPS. Ce n'est pas tant la régionalisation qui est à redouter, mais plutôt l'éventualité d'une totale désintégration régionale. Toute action en faveur d'une coopération interrégionale accrue devrait être encouragée.

Le Dr ACUÑA (Directeur régional pour les Amériques) remercie les orateurs précédents des compliments qu'ils lui ont adressés, mais précise que toutes ces louanges, pour méritées qu'elles soient, s'adressent avant tout aux Etats Membres, et que le Bureau régional fait uniquement fonction de coordinateur.

Les pays de la Région luttent actuellement contre Aedes aegypti, dont l'éradication, notamment dans les zones urbaines, permettrait d'y éliminer la fièvre jaune. Hélas, tous les pays ne font pas preuve d'autant de détermination. Certains estiment que l'urbanisation et la modernisation sont en elles-mêmes aussi importantes que les mesures visant à éliminer les larves du moustique. Et pourtant ces mesures se sont révélées être l'instrument le plus efficace pour réduire l'incidence de la fièvre jaune en Amérique tropicale et subtropicale. Des poussées épidémiques se sont déclarées en raison de l'existence d'un réservoir chez les animaux sauvages qui, de temps en temps, transmettaient la maladie à des personnes pénétrant dans les forêts. La vaccination a joué un rôle important, mais c'est surtout grâce à l'éradication du vecteur urbain qu'il n'y a pas eu de poussées épidémiques de fièvre jaune dans les villes de la Région au cours des dernières décennies. Ces efforts seront poursuivis jusqu'à ce que l'on ait trouvé des moyens appropriés pour éliminer le réservoir sylvaistique. Il serait regrettable que la méthode choisie soit la suppression de la forêt elle-même, mais l'urbanisation et le défrichement de nouvelles terres jouent bien entendu un rôle déterminant. On trouvera dans le rapport annuel du Directeur régional plus de détails sur l'éradication d'Aedes aegypti.

En ce qui concerne l'octroi à l'Espagne du statut d'observateur à l'OPS, le Gouvernement espagnol a souhaité, en raison des liens historiques qui l'unissent à de nombreux pays d'Amérique du Sud, établir des relations avec ceux-ci à travers l'OMS et l'OPS et procéder avec eux à un échange fructueux d'expériences dans le domaine de la santé. L'OPS a reconnu la légitimité du désir de l'Espagne de nouer de tels liens et lui a donc accordé le statut d'observateur à ce titre particulier. Quant à savoir si l'on doit accorder ce statut à la Guinée équatoriale, à l'Angola ou à d'autres pays africains de langue portugaise, c'est une question qui relève du Comité exécutif de l'OPS et éventuellement du Conseil directeur. Certaines activités se prêtent particulièrement à la coopération avec les pays africains de langue portugaise, ainsi la publication en portugais, aux frais du Gouvernement brésilien, de la Classification internationale des Maladies. D'autres publications en portugais pourraient être utiles à ces pays, et l'on pourrait aller plus loin dans ce domaine. Le Dr Acuña ne méconnaît pas, toutefois, le danger qu'il y aurait à accorder sans discernement le statut d'observateur et assure au Dr Hiddlestone et au Dr Litvinov qu'il sera tenu compte de leurs observations.

Tous les pays Membres se féliciteront, avec le Dr Patterson, de l'adhésion du Gouvernement de Sainte-Lucie à l'OPS; l'Organisation continuera par ailleurs, et non sans fierté, à aider les pays des Caraïbes récemment accédés à l'indépendance qui en seront devenus membres à part entière.

On a fait allusion à l'élaboration de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000. Les organes délibérants de l'OPS ont certes accordé une attention considérable à cette activité exceptionnelle, puisant à cette fin dans les ressources extrabudgétaires. Le sous-comité de la planification et de la programmation à long terme, composé de quatre membres, doit se réunir en avril 1981 pour examiner le premier projet de plan d'action pour la mise en oeuvre de ces stratégies.

Comme l'ont fait observer un certain nombre de membres du Conseil, la collaboration entre pays de la Région est intensive. Le Dr Acuña attire l'attention sur le paragraphe 11 de la page 278 du budget programme, qui décrit les activités des représentants de zone, eu égard notamment à la coordination entre l'Organisation et les organes sous-régionaux.

Deux manifestations qui auront des répercussions directes sur les stratégies régionales de la santé pour tous d'ici l'an 2000 méritent notre attention. La première est la réunion annuelle, en février 1981, avec les hauts fonctionnaires de la Banque latino-américaine de Développement sur le thème de la participation du secteur sanitaire à un développement rural intégré, choisi par la Banque comme principal bénéficiaire de ses prêts souples. L'Organisation aidera dans un premier temps les pays à préparer leur demande de prêts, puis à investir ceux-ci dans des projets de développement rural liés à la santé. La deuxième manifestation, peut-être plus politique, concerne la coopération avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine, qui organise en mai 1981, à Montevideo, une réunion spéciale des ministres de la planification et des finances sur le thème des stratégies globales de développement pour la décennie à venir. L'Organisation, ayant apporté une modeste contribution à l'élaboration de stratégies dans le secteur de la santé, participera à cette réunion.

Le Directeur général a décidé de désigner la Région des Amériques comme point focal de la coopération technique entre pays en développement (CTPD). Les gouvernements concernés ont créé, entre autres, le Centre panaméricain des Zoonoses (CEPANZO), l'Institut de la Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP) et l'Institut de l'Alimentation et de la Nutrition des Caraïbes (CFNI). Administrés par l'OPS, ces instituts sont dirigés et en grande partie financés par les pays participants eux-mêmes.

En réponse aux membres du Conseil qui ont fait des observations à propos de la participation d'observateurs aux comités régionaux, le Dr Acuña rappelle que le Comité régional pour les Amériques est en même temps le Conseil directeur de l'OPS. Conformément à la Constitution de cette dernière, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, qui sont des Etats Membres de l'OMS représentés au Comité régional pour l'Europe, jouissent également, parce qu'ils possèdent des territoires dans la Région des Amériques, de la qualité de Membres associés à l'OPS. En vertu d'un autre article de la Constitution de l'OPS, et exception faite du cas de l'Espagne déjà mentionné (et que le Conseil directeur continuera d'examiner avec le Directeur général), le statut d'observateur est accordé à des organisations non gouvernementales ou intergouvernementales mais non à des gouvernements.

En ce qui concerne l'immunologie, le Dr Acuña souhaite attirer l'attention sur le Centre d'Epidémiologie des Caraïbes (CAREC), qui est un exemple éclatant de la CTPD. Opérationnel depuis cinq ans, le Centre comble une lacune due à l'absence de laboratoires nationaux de santé publique et fournit des services de référence et de diagnostic, ainsi que des possibilités de formation aux dix pays Membres. C'est l'aide très généreuse des Pays-Bas (qui ont fourni entre autres des équipements) qui a rendu possible la formation de techniciens de laboratoire venant de la Communauté des Caraïbes, de Cuba, d'Haïti et de République dominicaine, ce qui constitue un magnifique exemple de coopération technique entre pays développés et pays en développement.

Pour ce qui est de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, le Dr Acuña précise que l'Organisation coopère étroitement avec les organes sous-régionaux mentionnés au paragraphe 11, page 278 du budget programme, ainsi qu'avec le Marché commun des Caraïbes (CARICOM) et le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE). La coopération inter-pays dans la sous-région des Caraïbes a permis de lancer un projet visant à fournir l'eau potable à tous dans les dix années à venir. Pour atteindre cet objectif dans l'ensemble de la Région, près de US \$50 milliards seront nécessaires, ce qui bien sûr obligera l'OMS et l'OPS à faire appel à des sources de financement extérieures. D'autres études ayant trait à la Décennie effectuées en collaboration avec le Siège de l'OMS concernent l'élimination des déchets domestiques et industriels.

Le DIRECTEUR GENERAL pense qu'il pourrait être utile de revenir un instant sur la question générale importante de la représentation et de la participation aux comités régionaux, évoquée par de précédents orateurs.

Sans vouloir en aucune façon préjuger des décisions éventuelles du Conseil ou de l'Assemblée de la Santé, il aimerait tenter d'expliquer les incidences de la question en se référant

aux Documents fondamentaux de l'OMS relatifs au statut des "Membres associés", des "observateurs" et des "territoires n'ayant pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales et qui ne sont pas des Membres associés".

En ce qui concerne les premiers, les droits et les obligations des Membres associés sont clairement définis.¹ Il convient cependant de rappeler que, contrairement à l'Organisation panaméricaine de la Santé, l'OMS ne compte à l'heure actuelle qu'un seul Membre associé, la Namibie, qui devrait très bientôt devenir Membre à part entière de l'Organisation. C'est pourquoi, à l'OMS, la question des règles applicables à cette catégorie de Membres est en passe de devenir une question purement théorique.

En ce qui concerne les observateurs, la position de l'OMS est un peu moins claire, mais le Directeur général souhaite cependant attirer l'attention des membres du Conseil sur les dispositions de l'article 3 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, qui stipule : "Si une question présentant une importance particulière pour un Etat Membre ou pour un Membre associé ou encore pour un Etat non Membre doit être discutée lors d'une réunion quelconque du Conseil, le Directeur général en donne avis, en temps utile, à l'Etat ou au Membre associé intéressé, afin de permettre à cet Etat ou à ce Membre associé, s'il le désire, de désigner un représentant qui a le droit de participer sans droit de vote aux délibérations se rapportant à cette question...".

Si le Directeur général est donc tenu de donner avis aux Etats Membres lorsqu'une question présentant une importance particulière pour eux doit être discutée lors d'une réunion quelconque du Conseil, cela implique que les Etats peuvent à leur tour, s'ils le jugent nécessaire, invoquer ces dispositions et demander au Directeur général de participer à ces réunions dans les conditions prévues. Le Directeur général juge la formule élégante, et estime que cet article mérite de retenir l'attention, car il pare en quelque sorte au danger d'une trop grande politisation des débats due à la présence massive de soi-disant "observateurs".

L'article 47 de la Constitution de l'OMS concernant les arrangements régionaux stipule entre autres que "les territoires ou groupes de territoire... n'ayant pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales et qui ne sont pas des Membres associés ont le droit d'être représentés à des comités régionaux et d'y participer", et prévoit la façon dont seront fixés leurs droits et leurs obligations. Ces dispositions parlent d'elles-mêmes; mais leur portée est réduite par les termes du deuxième paragraphe du dispositif de la résolution WHA3.103,² qui reflétait les circonstances historiques au moment de la Deuxième Assemblée mondiale de la Santé mais qui paraît aujourd'hui quelque peu anachronique. Après avoir cité le paragraphe en question, le Directeur général reconnaît que la question reste une question délicate du fait de ses incidences politiques. Il suggère au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé d'examiner, s'ils le souhaitent et s'ils en décident ainsi, une autre question fondamentale : les auteurs de la Constitution de l'OMS ont-ils, oui ou non, voulu que les Etats Membres ayant des territoires dans plus d'une région jouissent des mêmes droits, privilèges et obligations dans chacune de ces régions ?

Asie du Sud-Est (document PB/82-83, pages 287-294; document EB67/7)

Le Dr GUNARATNE (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) dit combien il est personnellement satisfait de voir le Comité régional devenir une importante instance d'action tant individuelle que collective pour l'instauration de la santé pour tous.

Quand il a approuvé le budget programme pour 1982-1983, le Comité régional a noté avec inquiétude que la Région de l'Asie du Sud-Est, comprenant la plus grande proportion de pauvres du monde, ne possède aucunement une part de ressources proportionnée à ses besoins. Le Comité a fortement préconisé une révision des critères de répartition des ressources de l'OMS entre les différentes régions.

Le budget programme détaillé de la Région pour 1982-1983 a été préparé en collaboration étroite avec les Etats Membres de la Région, afin d'assurer qu'il contribue directement à la formulation et à la mise en oeuvre de politiques, de stratégies et plans d'action nationaux, et qu'il apporte aussi un soutien régional et mondial aux stratégies de la santé pour tous. Si l'augmentation générale des coûts pour 1982-1983 est de 13,5 % par rapport à la période biennale précédente, l'augmentation des fonds fournis, en valeur réelle, n'est que de 4 %. Sur

¹ Documents fondamentaux de l'OMS, 30^e édition, 1980, pages 19 à 22.

² Documents fondamentaux de l'OMS, 30^e édition, 1980, page 21.

l'augmentation totale destinée à la Région, de US \$ 7 874 000, une part de 86 % a été attribuée à la coopération directe avec les gouvernements (y compris les coûts des coordonnateurs des programmes OMS et des conseillers régionaux), les autres 14 % étant attribués au Bureau régional et au Comité régional.

En adoptant les stratégies nationales et régionales de la santé pour tous d'ici l'an 2000, le Comité régional a demandé que les programmes OMS de coopération technique soient alignés sur ces stratégies. Il a accueilli favorablement le concept d'organismes consultatifs multisectoriels soutenant les stratégies nationales de collaboration intersectorielle et a invité les Etats Membres à élaborer un plan spécifique d'action et à s'engager sans réserve à le mettre en oeuvre. Le Comité régional a adopté une résolution approuvant le plan d'action du Directeur général pour l'application de la résolution WHA33.17 de l'Assemblée de la Santé et accepté la définition de la coopération technique telle qu'elle est donnée dans le document DG/80.3.

Dans une autre résolution, le Comité régional a invité les Etats Membres à définir leurs objectifs nationaux pour la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, les priant instamment de préparer un plan d'activités pour le développement de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de manière à constituer un cadre en vue de l'attribution de crédits aux plans nationaux et pour attirer des investissements extérieurs. Des représentants d'Etats Membres ont appelé l'attention du Comité sur le fait que la Région de l'Asie du Sud-Est ne reçoit pas une juste part de l'assistance financière disponible au titre de la Décennie, en dépit des énormes incidences financières du programme pour la Région. Par exemple, 62% des habitants de la Région (dont 70 % dans les zones rurales) ne sont pas approvisionnés en eau saine et 84 % des habitants (dont 93 % dans les zones rurales) ne disposent pas de systèmes hygiéniques d'évacuation des eaux usées. Dans une résolution, le Comité a notamment prié le Directeur régional de mobiliser une assistance extérieure d'institutions et d'organismes multilatéraux et bilatéraux au bénéfice de programmes et projets régionaux ayant trait à la Décennie.

Le Comité régional a pris note de la résolution de l'Assemblée de la Santé WHA33.19 sur la périodicité des Assemblées de la Santé et a recommandé à l'unanimité le maintien du système des Assemblées annuelles.

Un événement marquant de la trente-troisième session a été la signature par le Président de la République des Maldives, au nom de son gouvernement, et par le Directeur général et le Directeur régional, au nom de l'OMS, de la Charte du développement sanitaire. Au titre de cette Charte, les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est s'engagent fermement, au niveau politique le plus élevé, à accélérer le développement sanitaire et la coopération mutuelle pour que soient réalisés les objectifs sanitaires requis pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Plusieurs gouvernements ont à présent accepté le principe énoncé à Alma-Ata selon lequel les soins de santé primaires, avec leurs huit composantes, représentent une activité multisectorielle qui doit être confiée à un conseil national du développement sanitaire présidé, de préférence, par le Premier Ministre du pays concerné, le Ministre de la Santé jouant le rôle d'un secrétaire coordonnateur. Dans un pays déjà, le Premier Ministre a accepté de convoquer un tel conseil, et une réunion des ministres intéressés a eu lieu en octobre 1980. Au niveau de l'exécution, on a créé un comité national du développement sanitaire composé des secrétaires des ministères compétents et présidé par le Secrétaire à la Santé. Ce comité a déjà tenu plusieurs réunions et a désigné des groupes spéciaux composés d'experts techniques provenant des universités et de ministères intéressés. On compte organiser une réunion de ministres de la santé de pays de la Région ultérieurement en 1981 pour examiner les progrès réalisés en matière de stratégies de la santé pour tous et pour examiner des activités connexes d'intérêt primordial, telles que la recherche sur les services de santé, les chartes de la santé, la coopération technique entre pays en développement, etc.

Un autre point dont se préoccupe beaucoup le Comité régional est l'augmentation qui a été recommandée du nombre des membres du Conseil exécutif. Il espère que les Etats Membres soutiendront les amendements aux articles 24 et 25 de la Constitution de l'OMS pour permettre à la Région de l'Asie du Sud-Est, qui compte environ un milliard d'habitants, de disposer d'au moins trois sièges au Conseil.

La Région, l'une des plus peuplées du monde, est confrontée à une sombre situation caractérisée par une pauvreté généralisée, un faible niveau de développement socio-économique et de formidables problèmes sanitaires. Si on veut que la santé pour tous ne reste pas un slogan vide de signification, il faut s'occuper d'urgence des besoins fondamentaux des millions d'êtres

humains non desservis, sous-desservis et défavorisés qui constituent la majorité de la population de la Région. Comme il l'a dit à plusieurs reprises, il n'y a pas d'obstacles technologiques au développement : il s'agit d'un problème de ressources. Le Dr Gunaratne espère sincèrement que le Conseil prendra dûment en considération la nécessité vitale de mobiliser des ressources extérieures pour satisfaire les besoins croissants de la Région. Grâce à la volonté politique, à la détermination et à l'engagement des Etats Membres vis-à-vis du but social qu'est la santé pour tous d'ici l'an 2000, il sera possible de relever le défi des deux décennies à suivre et de donner à chaque enfant la possibilité de devenir un citoyen sain et utile du monde.

Le Dr RADNAABAZAR note avec satisfaction l'élaboration d'une Charte du développement sanitaire qui montre comment la Région s'inspire constamment de l'objectif OMS concernant la santé pour tous d'ici l'an 2000, et qui aura indubitablement une énorme influence sur le développement des services de santé primaires. La Charte, signée par un grand nombre d'Etats Membres, fournit un exemple utile qui est maintenant suivi par d'autres régions.

Le Dr KYAW MAUNG déclare que la trente-troisième session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est a représenté dans un certain sens un tournant, ayant été marquée par le départ du Dr Gunaratne, après 13 ans d'incalculables services rendus à la santé de la Région, et par la nomination du Dr U Ko Ko comme Directeur régional. Les questions fort diverses qui ont été discutées seront examinées ultérieurement au titre des points d'ordre du jour appropriés; cependant, il tient dès à présent à dire qu'il soutient fortement la demande du Dr Gunaratne concernant la nomination au Conseil exécutif d'un troisième membre de la Région de l'Asie du Sud-Est.

Pour le Dr HIDDLESTONE, le Comité régional a exprimé à juste titre son inquiétude au sujet de la part régionale de ressources extrabudgétaires consacrées aux activités de la salubrité de l'environnement. Il espère que le Directeur général pourra réaliser la perspective d'une distribution plus équitable des ressources à l'avenir.

Il rappelle d'autre part, avec beaucoup de satisfaction personnelle, sa longue collaboration avec le Dr Gunaratne dans le domaine de la formation supérieure des infirmières.

Le PRESIDENT déclare que la question soulevée au paragraphe 22 du document EB67/7 est délicate, puisque la demande formulée paraît aller à l'encontre d'une décision prise à la suite d'une assez récente étude organique du Conseil. La décision en question, d'appeler "coordonnateurs des programmes" les représentants de l'OMS dans la Région, a été prise par l'Assemblée de la Santé afin de renforcer les fonctions de l'Organisation au niveau des pays, où doit être essentiellement ressenti l'impact de l'action de l'Organisation. Pour sa part, il serait gêné d'avoir à retourner à l'Assemblée de la Santé pour lui demander de renverser sa décision. Il estime aussi qu'il est trop tôt pour affirmer catégoriquement que la décision n'a pas donné le résultat désiré.

Le Dr GUNARATNE (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) explique que si le Comité a demandé qu'on rétablisse le titre de "représentant de l'OMS", c'est en partie pour des raisons de prestige et de position. Le représentant de l'OMS, qui est effectivement responsable de la coordination des programmes, a toujours été considéré par la population comme l'égal du représentant résident du PNUD, et il l'est en effet. Mais, comme l'équipe dirigée par le représentant résident du PNUD comprend des coordonnateurs FNUAP et PAM, qui sont des fonctionnaires subalternes, le titre de "coordonnateur des programmes OMS" peut créer l'impression que celui qui le porte a aussi un rang subalterne. Cette impression ne peut qu'être renforcée par le fait que le représentant du FISE désigne à présent son assistant par le titre de "coordonnateur des programmes du FISE".

Le DIRECTEUR GENERAL rappelle que la nouvelle désignation a été adoptée à la suite de l'étude organique du Conseil sur "le rôle de l'OMS au niveau des pays et en particulier le rôle des représentants de l'OMS". Cette étude tient compte du caractère particulier de la mission de l'OMS au niveau considéré, qui est complètement différente de celle d'autres organisations. Pour que tout le parti possible soit tiré des ressources dont dispose l'OMS, il faut que les Etats Membres reconnaissent cette mission de l'Organisation.

Lui-même a assisté à la session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est, au cours de laquelle des Etats Membres ont clairement décrit les problèmes qui résultent, pour les raisons

mentionnées par le Dr Gunaratne et pour d'autres raisons, de la nouvelle désignation de "coordonnateur des programmes OMS".

Pour que l'OMS fonctionne comme chacun le désire, il faut que certains points de doctrine restent irréductibles. Le Directeur général ne veut certes pas imposer une désignation par une décision dictatoriale, particulièrement si des raisons opérationnelles ou politiques militent contre elle. Aussi, suggère-t-il une manière de résoudre le problème sans le référer à nouveau à l'Assemblée de la Santé, à savoir de maintenir la désignation générique de "coordonnateur des programmes OMS" à l'usage interne de l'Organisation, avec cette réserve que, si certains Etats Membres le désirent pour des raisons de prestige dans leurs rapports avec des ministères des affaires étrangères ou autres ou avec des organisations du système des Nations Unies, ils pourront utiliser la désignation de "coordonnateur des programmes et représentant de l'OMS".

Le Dr REID, en sa qualité de membre du groupe qui a effectué l'étude organique, est entièrement d'accord avec le Directeur général en ce qui concerne l'analyse de la situation. A une extrémité du concept il y a l'importante tâche à accomplir et, à l'autre extrémité, le titre et le rang qui vont avec le travail. Pour sa part, c'est au travail qu'il attache le plus d'importance. Il reconnaît cependant que le rang du fonctionnaire OMS responsable peut contribuer à assurer que le travail soit effectivement fait. Pour éviter une remise de la question en discussion à l'Assemblée de la Santé, il approuve la suggestion du Directeur général.

Europe (document PB/82-83, pages 279-306; document EB67/8)

Le Dr KAPRIO (Directeur régional pour l'Europe) dit que le budget programme pour la Région a été approuvé par le Comité régional à sa trentième session. Comme les années 1982-1983 représentent la dernière période biennale du sixième programme général de travail, le mode de présentation et les facteurs justifiant le programme n'ont pas subi de grands changements. Il est toutefois évident que la nouvelle stratégie régionale pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, qui a été élaborée parallèlement au budget programme proposé et a été approuvée en même temps que celui-ci par le Comité régional, a déjà eu une influence sur la conduite du programme.

La situation budgétaire de la Région en 1980-1981 a été et est toujours plutôt difficile; ce n'est que grâce à des économies assez sévères dans l'utilisation du personnel, à l'appui de nombreux Etats qui ont pris à leur charge le coût d'activités particulières et à un soutien important fourni par le Siège qu'il a été possible de mener à bien le programme conformément aux plans. Le budget programme pour 1982-1983, qu'il vise à répondre de façon réaliste à certaines difficultés permanentes telles que l'inflation, a été pleinement approuvé par le Comité régional.

Les principales tendances de la situation sanitaire de la Région sont résumées dans l'exposé du programme (document PB/82-83, page 297). Le résumé budgétaire indique la répartition des fonds disponibles et les tableaux des pages 24 et 25 montrent que l'augmentation réelle n'est que de \$136 000, soit 0,57 %.

On dispose de fonds extrabudgétaires fournis par le PNUD, le FNUAP, le FISE et par quelques autres sources, notamment en faveur de l'Algérie, du Maroc et de la Tunisie ainsi que de quelques autres pays, et la coopération entre tous les intéressés en matière de programmation par pays est bonne. Le Bureau régional espère recevoir des indications et un appui continu de tous les ministères de la santé et autres ministères concernés pour ce qui a trait à l'utilisation des fonds provenant de sources internationales destinés aux secteurs de la santé et de la protection de l'environnement. Au moment où le projet de budget a été établi, on ne disposait pas d'informations sur le montant total des fonds extrabudgétaires qui pourraient être obtenus au cours de la période d'opérations.

A sa trentième session, le Comité régional a eu le plaisir d'accueillir un nouveau membre, Saint-Marin, ainsi que des observateurs du Canada et des Etats-Unis d'Amérique, pays invités en tant qu'Etats Membres de la Commission économique pour l'Europe (qui, dans le système des Nations Unies, est l'une des principales institutions chargées de donner suite à la Conférence sur la sécurité et la coopération en Europe).

Le DIRECTEUR GENERAL, qui a assisté à la session, a expliqué comment les pays devaient utiliser l'OMS, compte tenu des besoins particuliers des gens et des faiblesses des systèmes de santé dans la Région européenne.

Le Comité régional a pleinement accepté les principaux objectifs de la stratégie régionale visant à assurer la santé pour tous en l'an 2000, à savoir la promotion de modes de vie favorables à la santé, la maîtrise des maladies évitables et la réorientation du système de soins

de santé en vue d'offrir à toute la population des soins de santé complets. A ce propos, le Comité régional a appelé l'attention sur l'importance qu'il y a à réduire la pauvreté en ce qui concerne tous les programmes touchant à la sécurité sociale, au chômage et à d'autres problèmes sociaux, et sur l'intérêt à cet égard du nouvel ordre économique international. La question des indicateurs de l'état sanitaire a également été examinée et la nécessité de développer des indicateurs régionaux a été soulignée. Un groupe de travail spécial a étudié ces problèmes de façon plus approfondie; un rapport est annexé au rapport du Comité régional. Ce groupe a examiné également le septième programme général de travail. Le Comité régional espère, bien entendu, qu'il sera tenu compte des buts qu'il s'est fixé lorsque l'on entreprendra de développer le programme au Siège.

Des fonds supplémentaires ont été fournis pour le financement des soins de santé primaires et de la coordination de la recherche, ainsi que des travaux de recherche entrepris dans le cadre des divers programmes au détriment de certaines réunions.

Le programme d'hygiène du milieu est évidemment important dans les pays industrialisés de la Région, mais les pays du bassin méditerranéen doivent faire face à des problèmes spéciaux qui leur sont particuliers. Les activités régionales se rapportant à la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement ont également été passées en revue.

Le budget programme reflète l'importance qu'attachent les pays d'Europe à l'information relative à la santé.

Le Comité régional a estimé que l'élaboration des programmes OMS en Europe présentait un intérêt pour l'ensemble des programmes de l'Organisation et qu'il fallait donc veiller à y affecter des crédits suffisants. La question de l'utilisation de fonds provenant du budget ordinaire au profit d'une région relativement riche a donné lieu à quelque discussion, mais le sentiment général a été que l'utilisation de tels fonds était justifiée en raison du fait que le travail effectué dans la Région européenne profite au monde entier.

Le Comité régional a manifesté de l'intérêt pour la proposition présentée (conformément à l'article 50 f) de la Constitution) au sujet de l'affectation de crédits régionaux supplémentaires, mais il a estimé que les pays n'étaient pas encore prêts financièrement ou politiquement à considérer cette possibilité. Le Directeur régional a été invité à continuer à recenser tous les moyens possibles de financer le programme. Le Comité a décidé de conserver entre-temps le système actuel de soutien financier par des contributions volontaires qui, en Europe, sont relativement modestes mais jouent pourtant un rôle non négligeable.

Le Comité n'a pas eu le temps d'analyser les structures de l'OMS eu égard à ses fonctions et il a décidé de charger un groupe spécial d'examiner la question. Le rapport de ce groupe, qui s'est réuni en décembre 1980, est disponible et pourra être examiné au titre du point 16 de l'ordre du jour.

Le Comité n'a examiné la question du remboursement des frais de voyage qu'en ce qui concerne les pays d'Europe, laissant aux Etats le soin d'exprimer à l'Assemblée de la Santé leur opinion au sujet des frais de voyage dans d'autres pays.

Le Comité régional a décidé de se réunir à son Siège à Copenhague une année sur deux, c'est-à-dire lors de l'examen du projet de budget programme, afin de pouvoir disposer de tout le personnel et de toutes les informations nécessaires. Dans l'année qui s'écoulera entre ces sessions, les pays Membres auront toujours la possibilité d'inviter le Comité à se réunir chez eux.

Le tremblement de terre d'El Asnam s'étant produit avant la fin de la session, le Comité régional a pu exprimer ses condoléances à l'Algérie. Le Dr Kaprio espère que le fait que ce désastre s'est produit si près de chez eux a encouragé les Etats Membres d'Europe à apporter leur appui à l'Algérie.

Le Professeur AUJALEU appelle l'attention sur la brochure intitulée "Les soins de santé primaires en Europe" qui a été rédigée par le Dr Kaprio et dans laquelle celui-ci a repris le rapport qu'il avait soumis à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata. C'est là une étude extrêmement intéressante sur un sujet difficile, puisqu'en Europe les soins de santé primaires diffèrent beaucoup d'un pays à l'autre.

Le Dr ORADEAN a apprécié la façon dont le programme régional a tenu compte des différentes situations que l'on rencontre dans la Région européenne en ce qui concerne les soins de santé primaires. Les études effectuées par le Bureau régional de l'Europe sont toujours extrêmement pertinentes et utiles. Le Dr Oradean s'associe aux commentaires du Professeur Aujaleu concernant la brochure sur les soins de santé primaires, qu'elle a lue avec grand intérêt.

Le Dr REID se félicite des progrès que l'on enregistre dans l'élaboration d'une stratégie régionale visant à assurer la santé pour tous en l'an 2000. Il appelle particulièrement l'attention sur les trois principales questions considérées, c'est-à-dire sur celles des modes de vie, de la maîtrise des maladies évitables et des soins de santé complets. Beaucoup de pays d'Europe dont la situation économique et sanitaire est relativement favorable ont eu tendance dans le passé à considérer que l'action de l'OMS concernait principalement d'autres parties du monde. Il y a lieu de penser, toutefois, que cette attitude se modifie et que la situation de la Région est maintenant considérée dans celle-ci avec davantage d'esprit critique.

Le Dr LITVINOV (conseiller du Dr Venediktov) et le Dr BRAGA se félicitent du travail accompli par le Directeur régional et ses collaborateurs.

Le Dr KRUISINGA pense comme le Dr Reid que les pays d'Europe considèrent maintenant que le travail de l'OMS s'applique à leur région aussi bien qu'aux autres. Le niveau de santé en Europe ne s'élève certainement pas et pourrait s'abaisser encore. De nouveaux risques pour la santé apparaissent et le mode de vie de nombreux pays doit être réévalué. Les dangers pour la santé qui résultent de l'environnement augmentent également dans beaucoup de régions à forte densité de population. Le coût des soins de santé s'élève sans qu'il en résulte une amélioration quelconque de la santé de la population en général. Les pays de la Région doivent donc procéder à un examen critique de leurs systèmes de santé et des recherches sur les services de santé doivent être entreprises.

Le Dr KAPRIO (Directeur régional pour l'Europe) signale au Conseil que la brochure dont il a été question contient une liste de documents et de publications sur les soins de santé primaires qui ont été distribués par les Etats Membres à la Conférence d'Alma-Ata.

Il constate avec satisfaction que le travail effectué dans la Région européenne a été apprécié et il souligne la valeur de la collaboration et de la contribution de tous les membres du personnel dans cette région.

La séance est levée à 12 h 30.

= = =