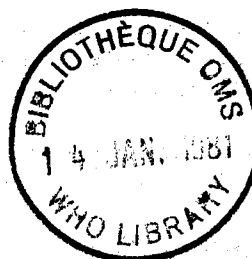




CONSEIL EXECUTIF

Soixante-septième session

Point 9.2 de l'ordre du jour provisoire



PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE FINANCIER 1982-1983 : EXAMEN DU PROGRAMME
GROUPE DE RESSOURCES SANITAIRES POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

(Note du Directeur général)

1. A sa soixante-cinquième session, en janvier 1980, le Conseil exécutif a été informé¹ de la création d'un mécanisme destiné à "susciter et coordonner un volume accru d'aide bilatérale et multilatérale à des fins de santé", conformément à la résolution WHA29.32.
2. Le nouvel organe, alors dénommé "Groupe de ressources santé 2000" et composé de quelque 25 membres siégeant à titre personnel pour donner des avis consultatifs au Directeur général, s'est réuni pour la première fois les 1^{er} et 2 mai 1980 afin de définir son mandat et son plan d'action. Le Groupe a recommandé que le Directeur général institue un "fonds d'incitation au développement sanitaire".
3. A l'issue de deux réunions préparatoires d'un groupe de planification intérimaire, une deuxième session s'est tenue les 4 et 5 décembre 1980 et son rapport est joint en annexe pour l'information du Conseil.
4. Outre les modifications apportées aux noms du Groupe et du Fonds qui deviennent respectivement "Groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires" et "Fonds d'incitation aux soins de santé primaires", le Conseil voudra peut-être prendre note des grandes décisions ci-après :
 - le mandat a été modifié de sorte que le Groupe n'est plus un organe consultatif auprès du Directeur général mais une instance indépendante qui organise des concertations et propose à ses membres des solutions à leurs problèmes de ressources de santé;
 - les membres du Groupe ne vont plus siéger à titre personnel mais en tant que représentants de leur gouvernement ou organisation;
 - du fait des modifications susmentionnées, l'OMS devient membre du Groupe;
 - sont admis à siéger au sein du Groupe les représentants de tous les pays qui se sont engagés à réaliser l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000;
 - la représentation des huit pays en développement que doivent désigner les comités régionaux appropriés a été portée à 16 membres pour permettre à chacun de ces pays de déléguer un représentant de l'administration sanitaire et un représentant de l'autorité planificatrice;
 - les frais de participation des membres - à l'exception des 16 représentants des pays en développement désignés - seront à la charge de leur gouvernement ou organisation.
5. Le Groupe a en outre pris note d'une étude sur les politiques, programmes et perspectives des donateurs dans le contexte de la santé pour tous en l'an 2000. Ce document intitulé "A new look at international cooperation for health" a été élaboré par un consultant.²

¹ Document EB65/INF.DOC./3.

² Quelques exemplaires de ce document (actuellement en anglais seulement) se trouveront dans la salle du Conseil exécutif.

6. Les donateurs potentiels ayant été invités à présenter leurs annonces de contributions au Fonds d'incitation aux soins de santé primaires, les Pays-Bas, la Suède et le PNUD ont réagi de façon positive tandis que d'autres sources s'engageaient à verser une contribution ultérieurement.

7. Il a été décidé d'instituer un comité directeur qui se réunira les 2 et 3 mars 1981. La prochaine réunion plénière du Groupe est prévue pour les 9 et 10 avril 1981.

8. Le Directeur général soumettra s'il y a lieu d'autres rapports de situation au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé.

GROUPE DE RESSOURCES SANITAIRES POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (HRG)

Rapport de la deuxième session

Genève, 4-5 décembre 1980

Table des matières

	<u>Pages</u>
I. Introduction	2
II. Mandat et dispositions organiques et administratives	2
1. Mandat	2
2. Composition	3
3. Président	3
4. Secrétariat	3
5. Réunions	4
6. Révision	4
III. Fonds d'incitation aux soins de santé primaires	4
IV. Etude sur les politiques, programmes et perspectives des donateurs	5
V. Futur programme du Groupe	6
1. Utilisation des ressources nationales - l'étude gambienne	6
2. Pays retenus	6
3. Sensibilisation des coordonnateurs des programmes OMS	7
4. Programme de matériels d'apprentissage sanitaire	7
5. Visibilité de la santé dans le développement	7
6. Futures réunions du Comité de direction et du Groupe	7
ANNEXE I. Ordre du jour	8
ANNEXE II. Liste des participants	9

I. Introduction

1. A la suite de la première session du Groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires (HRG) qui s'est tenue les 1^{er} et 2 mai 1980 et des deux réunions de son groupe de planification intérimaire les 23 juin et 30 septembre 1980, le HRG a tenu sa deuxième session au Siège de l'OMS les 4 et 5 décembre 1980.
2. L'ordre du jour et la liste des participants font l'objet des annexes I et II.
3. M. Stig Abelin (SIDA) a été élu Président.
4. Il a été décidé de conserver le titre de "Groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires" plutôt que d'introduire le terme de "consortium".

II. Mandats et dispositions organiques et administratives

La réunion a passé en revue les questions susmentionnées et pris les décisions suivantes :

1. Mandat

1.1 Il a été décidé que le Groupe viserait à promouvoir les efforts des pays en développement de l'OMS et des institutions multilatérales, bilatérales et non gouvernementales axés sur l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000, par le biais des soins de santé primaires.

1.2 Le Groupe aura pour mandat :

- de favoriser la rationalisation de toutes les ressources disponibles nécessaires à l'exécution, dans les pays en développement, d'activités de soins de santé primaires axées sur la santé pour tous en l'an 2000 conformément aux priorités reconnues dans la Déclaration d'Alma-Ata;
- de favoriser la mobilisation des ressources, dans les pays en développement eux-mêmes et chez les donateurs extérieurs, pour réaliser l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 que s'est assigné la communauté mondiale en se basant essentiellement sur les soins de santé primaires.

1.3 Dans ce contexte, le HRG va s'attacher particulièrement :

- 1) à promouvoir les actions des organismes et gouvernements donateurs propres à étayer les efforts déployés par l'OMS et autres organisations, agissant par le truchement de leurs organes constitutionnels, en veillant au respect, dans tous les secteurs publics appropriés, de la haute priorité attribuée aux activités de soins de santé primaires axées sur la réalisation de la santé pour tous;
- 2) à faciliter l'instauration, dans les pays et organisations, d'une meilleure adaptation des ressources aux besoins;
- 3) à promouvoir l'examen critique et la diffusion de certains éléments d'information, en rapport avec les objectifs, qui auront été recueillis par l'OMS et d'autres organisations;
- 4) à déterminer les contraintes qui s'exercent sur le financement extérieur de l'action en faveur de la santé pour tous et à proposer ou mettre au point des moyens de les surmonter;
- 5) à encourager et soutenir le secteur public et privé en vue de minimiser les chevauchements d'activités et de maximiser la collaboration sur les aspects fondamentaux de la planification et de la mise en oeuvre du développement sanitaire;
- 6) à élaborer des instructions concernant le Fonds d'incitation aux soins de santé primaires et à surveiller l'utilisation de ce Fonds.

2. Composition

2.1 Peuvent devenir membres du Groupe les représentants de pays en développement, de services publics donateurs, d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'institutions multilatérales qui se sont engagés à réaliser l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Aucune restriction ne sera apportée au nombre ou à la nature des membres du Groupe à l'exception de celles qui découlent des paragraphes 2.3 et 2.4 ci-après.

2.2 Un Comité directeur, reflétant les catégories des membres du HRG, sera élu par le Groupe conformément à la procédure établie par lui. Entre les réunions du HRG, le Comité directeur agira en son nom. Pendant la première année d'activité du Groupe, le Comité directeur sera composé du Groupe de planification intérimaire et de volontaires issus du HRG actuel.

2.3 Pour assurer la représentation de pays en développement situés dans chacune des Régions OMS, les comités régionaux choisiront des Etats Membres appelés à désigner des représentants conformément à la formule ci-après :

	<u>Nombre d'Etats Membres devant être désignés par les comités régionaux</u>	<u>Etats Membres désignés en 1980</u>
Région africaine	2	Lesotho, Congo
Région des Amériques	1	Chili
Région de l'Asie du Sud-Est	2	Bangladesh, Inde
Région européenne	1	Algérie
Région de la Méditerranée orientale	1	-
Région du Pacifique occidental	1	Papouasie-Nouvelle-Guinée

Chaque pays ainsi désigné est invité à déléguer un représentant de la santé et un deuxième représentant qui sera un haut fonctionnaire de l'organisme national de planification ou du ministère correspondant dans le pays en question, ce qui donne un total de 16 représentants pour les pays en développement.

2.4 La représentation des ONG au sein du groupe sera décidée par les organes actuellement responsables de la collaboration entre ONG, tels que le Comité ONG des soins de santé primaires et le Comité ONG du FISE. Les membres ainsi désignés assureront la continuité de l'action du HRG ainsi que la liaison avec les autres ONG. Comme il est indiqué au paragraphe 2.1, aucune restriction ne sera apportée à la participation d'autres ONG intéressées et appropriées aux activités du HRG.

3. Président

3.1 Le Président du HRG aura un mandat de trois ans. Il sera élu par le Groupe parmi les candidats présentés par le Comité directeur. Le Président du HRG exercera également les fonctions de Président du Comité directeur, du moins lors de la première session. M. Abelin a accepté d'assumer les fonctions de Président du Comité directeur à l'occasion de cette première session.

3.2 Les membres actuels du HRG ont noté que le Directeur général de l'OMS était particulièrement indiqué pour présider initialement le HRG, eu égard au rôle de l'OMS en tant qu'institution clé pour la réalisation de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 sur la base des soins de santé primaires.

4. Secrétariat

4.1 Un petit secrétariat indépendant assurera la coordination et fera directement rapport au HRG. Le secrétariat sera composé de membres du personnel de l'OMS et, s'il y a lieu, d'autres

organisations membres; il sera rattaché administrativement à une institution sise à Genève. Le secrétariat se composera d'un groupe central très restreint chargé d'assurer la continuité du service, complété par un personnel temporaire détaché et pris en charge par les organisations; des tâches spécifiques pourront être assignées à certaines organisations.

4.2 Le coût du secrétariat et de l'administration du HRG sera imputé sur le Fonds d'incitation aux soins de santé primaires.

5. Réunions

5.1 Le Groupe tiendra au moins une session par an. Le Comité directeur se réunira à la demande du Président, selon les besoins. L'ordre du jour, la documentation, le lieu des réunions, et toutes autres questions de procédure seront déterminés par le secrétariat en consultation avec le Président.

5.2 Les dépenses afférentes à la participation des représentants aux réunions seront à la charge de leur organisation, sauf dans le cas des représentants désignés de pays en développement appelés à siéger au HRG conformément au paragraphe 2.3, les dépenses étant alors imputées sur le Fonds d'incitation aux soins de santé primaires.

6. Révision

6.1 Une révision de la structure et des fonctions du HRG sera entreprise au cours de la troisième année d'activité du Groupe. La date et le mécanisme de cette révision seront recommandés par le Comité directeur.

III. Fonds d'incitation aux soins de santé primaires

Ayant examiné la proposition, la réunion est convenue de ce qui suit :

1. Le fonds de dépôt devant être créé par le Directeur général de l'OMS portera le nom de "Fonds d'incitation aux soins de santé primaires". Il servira à lancer des actions de démarrage et catalytiques pour lesquelles on ne dispose pas d'autres sources de fonds en vue de soutenir des activités présentant un grand intérêt pour la réalisation de la santé pour tous en l'an 2000 et basées sur les soins de santé primaires, notamment au niveau des pays. Le Groupe devrait s'attacher activement à recenser les initiatives de ce type qui nécessitent un appui du Fonds et ne pas se contenter de répondre aux demandes.
2. Le Fonds sera un fonds de dépôt de l'OMS administré par le Directeur général au nom du Groupe, conformément aux directives générales qui pourront être élaborées par le HRG ainsi qu'aux dispositions du Règlement financier de l'OMS. Le Fonds sera également utilisé pour régler le coût du secrétariat du HRG et les dépenses connexes. Si les contributions sans objet désigné sont de loin préférables, le Fonds acceptera des contributions pour des activités en rapport avec ses objectifs généraux.
3. Le Directeur général se basera sur l'avis général des membres du HRG pour déterminer la nature des activités devant être financées (y compris leur aire géographique et autres caractéristiques) et en outre informera périodiquement le HRG de l'utilisation effective des contributions.
4. Les contributions dont l'objet aura été désigné seront utilisées aux fins indiquées par le donateur et le Directeur général fera ultérieurement rapport au HRG sur les contributions reçues et sur les activités qu'elles ont servi à financer.
5. Les activités du Fonds seront des opérations de démarrage destinées à favoriser la mise en place de systèmes de soins de santé primaires étant entendu que ces systèmes nécessitent une vaste action intersectorielle. Elles consisteront par exemple à fournir à un pays une aide spécifique pour élaborer ou développer une stratégie nationale des soins de santé primaires, à planifier la mise en oeuvre détaillée de cette stratégie, à préparer à l'intention des donateurs un paquet d'activités à financer et à mettre en place les processus, mécanismes et institutions nationaux dont les pays ont besoin pour exécuter ces activités. Parmi les critères d'utilisation du Fonds figure la réallocation éventuelle

des fonds par le pays à des ONG opérant sur son territoire et capables d'assumer, au nom du gouvernement, la responsabilité de fonctions spécifiques en rapport avec les soins de santé primaires.

6. Comme l'indique clairement son titre, le Fonds est destiné à soutenir des initiatives dans le domaine des soins de santé primaires. De ce fait, il est limité et n'a nullement pour objet de fournir le gros des ressources nécessaires aux soins de santé primaires. Son principal impact résidera plutôt dans son action indirecte sur la somme - beaucoup plus substantielle - des ressources émanant de donateurs extérieurs et, plus encore, dans l'effet multiplicateur qu'il exercera sur les ressources internes obtenues dans les pays en développement eux-mêmes.

7. Il faudrait, pour le lancement du fonds, une somme de l'ordre de US \$10 millions et le réapprovisionnement se fera à un niveau qui reste à déterminer au vu des deux premières années de fonctionnement.

8. Les donateurs ont fait part des intentions ci-après : Agence des Etats-Unis pour le Développement international (AID) - fera part de ses intentions ultérieurement; Australie - examinera le principe d'une aide en 1981-1982; Autorité suédoise pour le Développement international (SIDA) - une somme d'environ US \$1,2 million sera attribuée au Fonds; Belgique - a indiqué par lettre sa décision de détacher un expert belge en vue d'une étude sur l'utilisation des ressources nationales; FISE - s'est engagé à apporter un appui positif aux activités du HRG; Pays-Bas - contribution de US \$500 000; Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) - US \$500 000 en 1981; République fédérale d'Allemagne - préfère contribuer à des activités spécifiques et le fera en fonction des priorités fixées.

IV. Etude sur les politiques, programmes et perspectives des donateurs

1. Le Dr Lee M. Howard a présenté les résultats de son étude de consultant sur les politiques, programmes et perspectives des donateurs en vue de la santé pour tous d'ici l'an 2000, intitulé "A new look at international cooperation for health". Les points de vue de 16 des principaux donateurs (Australie, Autriche, Banque asiatique de Développement, Belgique, Communauté économique européenne, Danemark, Fonds spécial de l'OPEP, France, Japon, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni, Suède et Suisse) n'ont révélé aucune opposition de principe à l'octroi d'une aide à la santé.

2. L'étude a montré que tous les donateurs interrogés avaient conclu des accords de développement général dans toutes les Régions de l'OMS. Au plan mondial, l'ensemble des ressources bilatérales et multilatérales consacrées à l'assistance officielle en vue du développement s'élevait en 1978 à 22,47 milliards de dollars en 1978, la part du système des Nations Unies représentant 11,7 % et celle du budget total de l'OMS environ 1,5 %. Le total de l'assistance sanitaire transférée aux pays en développement en 1978 par une cinquantaine d'institutions d'assistance officielle au développement, et un bien plus grand nombre d'organisations non gouvernementales, s'est élevé à quelque trois milliards de dollars. Il est apparu clairement que, pour la plupart des donateurs, tous les pays avec lesquels ils avaient conclu des accords d'aide bilatérale ne recevaient pas nécessairement d'assistance pour le secteur de la santé. Les institutions d'assistance officielle au développement n'y étant pas hostiles, la possibilité existe d'obtenir qu'une part plus importante de cette aide bilatérale soit consacrée à la santé pour peu que les organes nationaux de planification prennent sur eux d'approuver une proportion convenable des projets sanitaires. Un complément représentant ne serait-ce qu'un pour cent de la masse de l'aide bilatérale aurait un retentissement considérable.

3. On a estimé que l'étude avait permis de préciser les similitudes et les différences que présente l'action des différentes institutions donatrices, tout en suggérant d'utiles distinctions entre les responsabilités du personnel du Siège et du terrain. On a exprimé l'espoir qu'elle pourrait donner lieu à une estimation et à une réévaluation des façons de procéder des donateurs ainsi que des situations des pays en développement. Des négociations sont en cours pour assurer une large diffusion du document.

V. Futur programme du Groupe

Lors de la discussion de son futur programme, le Groupe a examiné les points suivants :

1. Utilisation des ressources nationales - l'étude gambienne

1.1 En plus des pays retenus par les bureaux régionaux de l'OMS comme pouvant se prêter à l'étude sur le flux global des ressources et des contraintes afférentes au développement sanitaire, la Gambie a été choisie comme cas témoin pour les soins de santé primaires à la suite d'une suggestion faite par le Président de la Gambie au Directeur général de l'OMS. En conséquence, une mission a été envoyée en Gambie pour procéder à cette étude initiale du 18 au 28 novembre 1980. Le consultant, M. W. A. C. Mathieson, a rendu compte oralement devant la réunion, le rapport écrit étant en cours de préparation. On escompte que ce rapport définira les ressources nécessaires pour les soins de santé primaires et recensera les apports stratégiques susceptibles d'améliorer sensiblement la situation.

1.2 Le HRG a instamment demandé que l'étude soit suivie de façon positive.

2. Pays retenus

2.1 Outre la Gambie et le Burundi, qui avaient soumis des plans d'action, l'IPG, après consultation par l'intermédiaire des bureaux régionaux de l'OMS, a dressé une liste supplémentaire de pays que HRG pourrait souhaiter étudier dans les mêmes conditions. La liste proposée par les bureaux régionaux se présente comme suit :

Afrique	Bénin, Malawi, Sénégal
Amériques	Barbade, <u>Colombie</u> , <u>Costa Rica</u> , Equateur, Honduras, <u>Jamaïque</u> , Uruguay
Asie du Sud-Est	<u>Birmanie</u> , <u>Népal</u> , <u>Sri Lanka</u>
Méditerranée orientale	Egypte, <u>Soudan</u>
Pacifique occidental	Papouasie-Nouvelle-Guinée, <u>Philippines</u> , Samoa occidentale

2.2 Les responsables du HRG ont relevé avec intérêt que le FISE et l'OMS avaient envisagé une liste provisoire de pays dans lesquels on pourrait s'efforcer avec fruit d'appuyer en commun la planification et le développement des programmes de soins de santé primaires. La liste envisagée est la suivante :

Afrique	Ethiopie, Mali, Tanzanie
Amériques	<u>Colombie</u> , <u>Costa Rica</u> , <u>Jamaïque</u>
Asie du Sud-Est	<u>Birmanie</u> , Inde, <u>Népal</u> , <u>Sri Lanka</u>
Europe	Algérie, Maroc
Méditerranée orientale	<u>Soudan</u> , Yémen, Yémen démocratique
Pacifique occidental	<u>Philippines</u> , République de Corée

2.3 On constatera que dans quatre Régions les pays dont les noms sont soulignés (Colombie, Costa Rica et Jamaïque; Soudan; Birmanie, Népal et Sri Lanka; Philippines) sont communs aux deux listes.

2.4 Au cours des entretiens qui ont eu lieu entre le Directeur exécutif du FISE et le Directeur général de l'OMS, on est convenu qu'un certain nombre de pays serviraient à des expérimentations sur les secteurs de la coopération, les méthodes, les types et le niveau des apports, ainsi que sur les modalités de la participation des partenaires. On a suggéré en outre que la présente session du HRG soit l'occasion de discuter la possibilité de mobiliser "une aide et des ressources supplémentaires" et que le Groupe envisage de consulter "quelques autres pays présentant des structures et des expériences différentes ... en vue d'interventions similaires".

2.5 En outre, le FISE et l'OMS s'efforcent de trouver le moyen de fournir une aide substantielle en matière de médicaments essentiels en vue des soins de santé primaires dans les pays les moins développés. La priorité est donnée au Bangladesh, au Mali, au Pakistan, au Sénégal, au Sri Lanka et au Soudan. Le FISE souhaiterait qu'au cas où l'on organiserait des missions dans l'un ou l'autre de ces pays une institution bilatérale intéressée puisse se joindre à lui.

2.6 Les responsables d'HRG ont admis qu'il serait utile de procéder à un certain regroupement de ces listes.

3. Sensibilisation des coordonnateurs des programmes OMS

3.1 En ce qui concerne la nécessité de sensibiliser les coordonnateurs des programmes OMS aux mécanismes qui permettent d'équilibrer besoins et ressources et aux mesures à prendre au niveau des pays, on a indiqué que l'organisation de colloques et d'ateliers à cette fin serait à la fois opportune et efficace. Ces derniers auraient un retentissement beaucoup plus large qu'une simple sensibilisation des coordonnateurs des programmes de l'OMS qui, à leur tour, seraient en mesure de conseiller les pays sur la façon de préparer les paquets d'activités à financer. Cela représenterait un précieux apport pour les planificateurs nationaux des ministères de la santé.

3.2 On a estimé que ce type de sensibilisation serait à assurer en association avec d'autres représentants du système des Nations Unies, et notamment les représentants résidents du PNUD et les représentants du FISE.

4. Programme de matériels d'apprentissage sanitaire

4.1 La nécessité d'envisager une structure organisationnelle en vue d'un programme mondial de matériels pédagogiques dans le secteur de la santé a été présentée aux responsables du HRG comme un problème méritant l'analyse. Un document de base a été distribué et le Groupe a estimé que le sujet était suffisamment important pour justifier un complément d'examen.

5. "Visibilité" de la santé dans le développement

5.1 Ce problème a été jugé fondamental dès lors qu'on entend obtenir pour la santé un pourcentage convenable des ressources intérieures et extérieures. Un certain nombre de points de pénétration, de "créneaux", ont été proposés dans la documentation qui a été soumise, mais il conviendra d'y revenir.

6. Futures réunions du Comité de direction et du Groupe

6.1 Les futures réunions sont fixées comme suit :

Comité de direction	Lundi et mardi 2 et 3 mars 1981
Groupe ressources pour la santé	Jeudi et vendredi 9 et 10 avril 1981

ORDRE DU JOUR

Première journée, 4 décembre

1. Ouverture de la réunion par le Directeur de la Division OMS de la Coordination, le Dr John L. Kilgour
2. Adoption de l'ordre du jour et élection du Président
3. Rapport du Président du Groupe de planification intérimaire (IPG), M. Stig Abelin (SIDA), sur les deux réunions de l'IPG
4. Examen et approbation des recommandations de l'IPG
 - 4.1 Mission du Groupe de ressources pour la santé (HRG)
 - 4.2 Rôle et composition du secrétariat du HRG
 - 4.3 Fonds d'incitation aux soins de santé primaires

Deuxième journée, 5 décembre

5. Information sur les flux internationaux pour la santé; communication du Dr Lee Howard
6. Utilisation des ressources des pays : l'étude gambienne
7. Futur programme du HRG :
 - 7.1 Premier problème sélectionné : sensibilisation des coordonnateurs des programmes OMS à l'égard des mécanismes d'équilibrage besoins/ressources et mesures à prendre au niveau national
8. Annonces de contributions au fonds d'incitation aux soins de santé primaires
9. Futures réunions du HRG

LISTE DES PARTICIPANTS

M. Stig Abelin
Directeur de la Division de la Population, de la Santé
et de la Nutrition
Agence suédoise de Développement international (SIDA)
Stockholm

M. Newton Bowles
Consultant
FISE
New York

M. C. Schonmeyr
Programme Funding Office
FISE
New York

M. Donald W. Shields
FISE
Genève

M. N. B. Derr
Provincial Secretary for the Madang Provincial Government
Madang, Papouasie-Nouvelle-Guinée

Dr W. D. Ernert
Conseiller ministériel et Chef du service de la Politique
sanitaire, nutritionnelle et démographique des pays
en développement
Ministère fédéral de la Coopération économique
Bonn

Dr John Evans
Directeur du Département de la Population, de la Santé
et de la Nutrition
Banque mondiale
Washington, D.C.

M. H. Gille
Directeur exécutif adjoint
Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière
de Population
New York

Dr Takji Ishimaru
Commissaire, Commission de Coordination du Contentieux
de l'Environnement
Cabinet du Premier Ministre
Tokyo

Dr Stephen Joseph
Deputy Assistant Administrator for Human Resources
Development
United States Agency for International Development
(USAID)
Washington, D.C.

M. A. R. Khan
Joint Secretary
Ministère de la Santé et de la Population
Dacca

Dr S. Kingma
Directeur de la Commission médicale chrétienne
Conseil oecuménique des Eglises
Genève

Dr A. A. Kisselev	Conseiller, Représentation permanente de l'Union des Républiques socialistes soviétiques auprès de l'Office des Nations Unies et des autres institutions internationales ayant leur siège à <u>Genève</u>
Professeur M. Kouidri	Directeur de la Formation Ministère de la Santé publique <u>Alger</u>
M. William T. Mashler	Directeur Division des Projets mondiaux et interrégionaux Programme des Nations Unies pour le Développement <u>New York, Etats-Unis d'Amérique</u>
M. B. Mathsson	Chef de Section Ministère de la Santé et des Affaires sociales <u>Stockholm</u>
M. E. Mbaloula	Ministère de la Santé de la République du Congo <u>Brazzaville</u>
Dr Russell E. Morgan, Jr	National Council for International Health <u>Washington, D.C.</u>
Dr P. Shau Ngakane	Senior Medical Officer Ministère de la Santé <u>Maseru, Lesotho</u>
Dr M. A. Peters	Coordonnateur des Programmes spéciaux Ministère des Affaires étrangères <u>La Haye</u>
M. R. R. Smit	Conseiller, Mission permanente du Royaume des Pays-Bas auprès de l'Office des Nations Unies et des autres institutions internationales ayant leur siège à <u>Genève</u>
Dr A. Schuster	Chef de la Planification et du Budget Ministère de la Santé <u>Santiago du Chili</u>
M. N. N. Vohra	Joint Secretary Ministère de la Santé et de la Famille Gouvernement de l'Inde <u>New Delhi</u>
<u>Observateurs</u>	
Dr S. Azzuz	Attaché, Mission permanente de la Jamahiriya socialiste populaire arabe libyenne auprès de l'Office des Nations Unies à <u>Genève</u> et des institutions spécialisées ayant leur siège en Suisse
Dr Robert Fischer	International Health Attaché, Mission permanente des Etats-Unis auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales ayant leur siège à <u>Genève</u>

Mme H. R. Freeman Premier Secrétaire, Mission permanente de l'Australie
auprès de l'Office des Nations Unies et des autres
organisations internationales ayant leur siège
à Genève

M. Jean-Pierre Gontard Chef du Service opérationnel, Institut universitaire
d'Etudes du Développement
Genève

Dr J. H. Hirschman Consultant, Australian Development Assistance Bureau
Canberra

Dr C. W. L. Jeanes Chef du Service de la Santé et de la Population,
Division du Développement social, Agence canadienne
pour le Développement international (ACDI)
Ottawa, Canada

M. A. Nemo Conseiller d'Ambassade, Mission permanente de la France
auprès de l'Office des Nations Unies à Genève et des
institutions spécialisées ayant leur siège en Suisse

M. B. Utheim Conseiller, Mission permanente de la Norvège auprès
de l'Office des Nations Unies et des autres
institutions internationales ayant leur siège
à Genève

Empêchés

Dr Abdul Rahman Al-Awadi Ministre de la Santé publique
Koweït

Banque asiatique de Développement

Conseil d'Assistance économique mutuelle (CAEM)

Fonds spécial de l'OPEP

Secrétariat

Dr John L. Kilgour (Secrétaire) Directeur de la Division de la Coordination

M. W. Furth Sous-Directeur général

Dr J. Cohen Bureau du Directeur général

M. A. Groenendijk Directeur de la Division du Budget et des Finances

Dr S. Shubber Division juridique

M. A. Piel Bureau de M. Furth, Sous-Directeur général

M. A. Merazka Coordination, Bureau régional de l'Afrique,
Brazzaville

M. Paul Lawton Chef des Programmes de Coopération pour le
Développement

Mlle M. O'Doherty

Responsable des Relations extérieures, Programmes
coopératifs de Développement

Mlle P. Brice

Programmes coopératifs de Développement

Consultants

Dr S. Falkland

Dr Lee Howard

M. W. A. C. Mathieson

= = =