



CONSEIL EXECUTIF

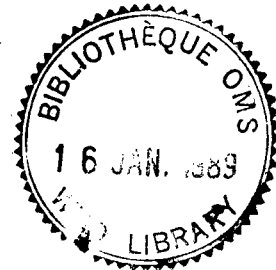
Quatre-vingt-troisième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA TROISIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève  
Mardi 10 janvier 1989, 9 h 30

PRESIDENT : Dr M. QUIJANO

Sommaire



	<u>Page</u>
Projet de budget programme pour l'exercice 1990-1991	
Rapports des Directeurs régionaux sur tous faits notables sur le plan régional, y compris des questions intéressant les comités régionaux .....	2
Examen de la politique générale .....	2

Note

Le présent procès-verbal n'est que provisoire. Les comptes rendus des interventions n'ont pas encore été approuvés par les intervenants et le texte ne doit pas être cité.

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 4013, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse), avant le 6 mars 1989.

Le texte définitif paraîtra ultérieurement dans le document EB83/1989/REC/2 : Conseil exécutif, quatre-vingt-troisième session : Procès-verbaux.

## TROISIEME SEANCE

Mardi 10 janvier 1989, 9 h 30Président : Dr M. QUIJANO

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 1990-1991 : Point 6 de l'ordre du jour (documents PB/90-91 et EB83/5)

RAPPORTS DES DIRECTEURS REGIONAUX SUR TOUS FAITS NOTABLES SUR LE PLAN REGIONAL, Y COMPRIS DES QUESTIONS INTERESSANT LES COMITES REGIONAUX : Point 7 de l'ordre du jour (documents EB83/16 Rev.1, EB83/17, EB83/18, EB83/19, EB83/20 et EB83/21)

Le PRESIDENT appelle l'attention des membres du Conseil sur les documents pertinents en précisant que, si le projet de budget programme (document PB/90-91) est plus volumineux, c'est parce qu'il comprend, pour la première fois, un exposé du programme pour chaque Région de l'OMS, et présente la procédure qui sera suivie par le Conseil dans l'examen du projet de budget programme. L'exposé introductif du Directeur général sera suivi des introductions aux rapports des Directeurs régionaux et, après la discussion sur ces interventions, d'une présentation des discussions au Comité du Programme en octobre 1988 et des explications de M. Furth, Sous-Directeur général, sur les aspects financiers du projet de budget programme.

Examen de la politique générale : Point 6.1 de l'ordre du jour (document PB/90-91)

Le DIRECTEUR GENERAL dit que, dans l'échange d'idées avec les membres du Conseil sur les grandes lignes des travaux futurs et des politiques de base de l'OMS, il envisage avec plaisir d'entendre leurs vues et leurs conseils et de bénéficier de leur appui. L'objectif final de l'Organisation, qui est d'améliorer la santé de chacun dans tous les pays du monde, est fondamental pour atteindre la paix et la sécurité et il suppose la coopération totale des individus et des Etats Membres. Les activités prévues doivent être à la hauteur de la situation, des besoins et des priorités sanitaires définis par les Etats Membres. Elles doivent aussi tenir compte du rapport sur la surveillance des progrès réalisés dans l'exécution des stratégies de la santé pour tous (documents EB83/2 Add.1 et Corr.1) et des conclusions du Conseil sur la question. Si des progrès ont été enregistrés, le rapport révèle aussi des lacunes et des difficultés sérieuses dans le développement de la santé, notamment dans les pays les moins avancés; il faut donc vouer une attention accrue à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme par les soins de santé primaires et par l'exécution intégrée des stratégies de la santé pour tous, compte tenu de la situation particulière de chaque pays.

Le moment est venu de se préoccuper de l'exécution pratique des concepts de la santé pour tous et de l'approche des soins de santé primaires qui sont désormais largement acceptés. Il faut donc utiliser et appliquer la technologie la plus appropriée et surveiller les progrès au niveau des pays. Pour cela, on devra apporter certains changements qui reflètent la rationalisation des liens entre le structurel et le fonctionnel dans les pays et à l'intérieur même de l'Organisation. Le Directeur général a donc amorcé un processus de changement à l'intérieur de l'OMS, après mûre réflexion. Sa politique consiste à tirer le maximum des compétences des hommes et des femmes qui font partie du personnel actuel de l'OMS. La réorganisation des services porte notamment sur la création au Siège d'une nouvelle Division de la Gestion et des Politiques pharmaceutiques, le renforcement des activités d'éducation sanitaire et de promotion de la santé, le réaménagement des bureaux responsables de la planification, de la coordination et de la coopération et la restructuration des activités liées à la technologie des soins de santé.

L'OMS, avec les autorités sanitaires nationales, doit se tenir prête à apporter une réponse positive aux signes encourageants montrant que le secteur de la santé jouit d'une meilleure reconnaissance politique auprès de nombreux Etats Membres. Pour cela, elle doit réexaminer sa façon de procéder, ce qui pose certaines questions fondamentales.

L'OMS doit-elle limiter ses activités de coopération technique directe avant tout à l'élaboration de la politique sanitaire, à la fixation de priorités et au renforcement des processus gestionnaires nationaux ? A-t-elle un rôle clé à jouer dans la mise à l'épreuve et l'application des technologies et des approches opérationnelles nouvelles dans les pays ? Si l'OMS a effectivement une telle mission opérationnelle, quel rôle lui convient-il d'assumer pour mobiliser les ressources extrabudgétaires nécessaires en plus de son budget ordinaire limité ? Doit-elle rechercher de tels fonds de façon plus dynamique auprès de sources gouvernementales, privées et publiques ? Peut-elle travailler de manière plus directe et originale avec les autorités nationales et les partenaires extérieurs pour obtenir ces ressources et en assurer l'utilisation optimale ?

Il est certain que l'OMS doit rationaliser la gestion, la mise en oeuvre et l'évaluation du programme et assurer l'application cohérente des politiques à tous les niveaux. Cela conditionnera l'utilisation aussi bien du budget ordinaire que des ressources extrabudgétaires de la manière la plus profitable aux Etats Membres.

Pour la première fois dans l'histoire de l'OMS, les ressources budgétaires prévues pour l'exercice actuel et pour l'exercice 1990-1991 dépassent le budget ordinaire, ce qui souligne l'importance de l'unité dans tous les programmes, indépendamment de la source de financement.

Une grande partie des programmes de l'OMS, surtout les trois grands programmes spéciaux concernant la recherche sur les maladies tropicales, la recherche en reproduction humaine et la lutte contre l'onchocercose, ont fait preuve d'une aptitude remarquable à attirer des ressources extrabudgétaires. Sans rien enlever à leur intégrité technique et à l'attrait qu'ils exercent sur les sources de financement extérieures, il faut veiller à ce que ces programmes spéciaux entretiennent des liens étroits avec tous les programmes connexes, pour que les innovations technologiques auxquelles ils aboutissent puissent être utilisées comme il convient par les pays dans leurs programmes de santé nationaux. C'est pourquoi le Directeur général prend des mesures pour renforcer l'opération et la mise en oeuvre de ces programmes, notamment au niveau des pays.

La recherche est une composante essentielle de pratiquement tous les programmes techniques de l'OMS et la question d'assurer que le développement de la recherche et le transfert et l'application de la technologie dans les pays se poursuivent de manière régulière, équilibrée et efficace mérite d'être approfondie. Un large éventail de sources fournissent une orientation à cet égard, par exemple le rapport sur le rôle de l'épidémiologie dans l'instauration de la santé pour tous (document EB83/11) et les discussions et les conclusions du Comité consultatif mondial sur la Recherche en Santé dont il est question dans le document EB83/14. L'ensemble des domaines de recherche visés doivent être englobés dans un tout cohérent qui sera utile aux Etats Membres; il faut donc rationaliser l'administration des subventions à la recherche et à la formation à la recherche dans le cadre de l'OMS.

Le Programme mondial de lutte contre le SIDA répond à une nouvelle menace mondiale et, tant que des technologies et des médicaments nouveaux ne seront pas disponibles, il faudra lutter contre cette maladie par l'éducation sanitaire et par l'information afin d'influencer le comportement humain. Le Programme mondial suscite un intérêt et un appui financier importants et des mesures sont prises pour renforcer la gestion et l'application du programme de lutte contre le SIDA, notamment au niveau des pays, en tant que partie intégrante des programmes réguliers de coopération technique de l'OMS dans les pays, avec l'appui, la coordination et la direction du programme mondial et la participation étroite des Directeurs régionaux et des représentants de l'OMS.

Un thème nouveau, qui intéresse tous les programmes de l'OMS, est celui de l'interaction entre l'environnement et la santé. Le Directeur général est convaincu que les questions liées à l'hygiène du milieu deviendront la préoccupation mondiale des années 1990 et que l'ensemble des programmes de l'OMS doivent être axés sur un développement durable. La contribution de l'OMS aux efforts internationaux dans ce sens fait l'objet du document EB83/13.

Les propositions spécifiques concernant les programmes pour l'exercice 1990-1991 sont le résultat d'un processus de planification amorcé en 1987 et comportant une planification et un examen communs du programme par les gouvernements et par l'OMS au niveau des pays ainsi qu'un examen dans chacun des comités régionaux. Les propositions du Directeur général faisant suite à l'examen et aux recommandations du Comité du Programme d'octobre 1988

concernant les activités mondiales et interrégionales sont reflétées dans les exposés des programmes et les tableaux budgétaires du document PB/90-91.

L'OMS semble sortir de la crise financière la plus grave de son histoire. Sa politique judicieuse, ses objectifs réalistes, sa gestion stricte et son processus d'examen et d'adoption du budget programme fondé sur les principes de la transparence et du consensus en font une organisation qui mérite tout particulièrement d'être appuyée et ces principes doivent continuer à la guider dans son oeuvre. L'examen effectué par le Comité du Programme en octobre 1988 reflète ce processus et les Directeurs régionaux indiqueront à leur tour comment les programmes régionaux ont été élaborés selon le même modèle. Après mûre réflexion, le Directeur général propose un budget ordinaire effectif de US \$653 740 000 pour 1990-1991, représentant une croissance réelle nulle par rapport à 1988-1989.

Les fonds extrabudgétaires qui devraient atteindre quelque US \$770 millions apportent une contribution inestimable au programme sanitaire international intégré, bien qu'ils ne soient pas entièrement interchangeables avec les ressources du budget ordinaire. En fait, l'OMS peut être beaucoup plus active comme organisme de coopération technique, en aidant à canaliser les ressources des partenaires extérieurs à l'appui d'activités nationales et internationales de développement de la santé. C'est pourquoi le Directeur général va promouvoir la collaboration multilatérale qui intéresse à la fois des sources publiques et privées et d'autres organisations du système des Nations Unies, car c'est là le moyen le plus rentable de mobiliser des ressources pour répondre aux besoins réels des Etats Membres, notamment les pays en développement.

Enfin, en ce qui concerne la dégradation de la situation sanitaire de nombreux pays en développement du fait des ajustements économiques et de la dette, le Directeur général a appelé l'attention sur les effets de ces ajustements sur le secteur de la santé lors de la réunion du Comité administratif de Coordination (CAC) en octobre 1988. En effet, la santé est souvent la première victime des difficultés économiques et, par le jeu de l'interdépendance internationale en matière de santé, la restructuration économique peut affecter la situation sanitaire de beaucoup de pays en développement.

L'OMS a déjà procédé à des études de cas sur des pays qui indiquent que le revenu et les prix affectent la santé et la nutrition des groupes les plus démunis et les plus exposés. Mais individuellement les gens sont souvent capables de surmonter de tels handicaps, comme par exemple dans le domaine de la nutrition, et les effets du processus d'ajustement en cours depuis le début de la crise économique risquent d'apparaître peu à peu. Bien que les politiques d'ajustement économique puissent avoir un effet néfaste sur la situation sanitaire, elles fournissent aussi l'occasion d'un réexamen et d'une réorganisation économiques des systèmes de santé et d'une affectation plus souple des ressources privilégiant les programmes qui en ont le plus besoin. La clé du succès est une gestion fondée sur l'information et sur la surveillance et l'évaluation continues visant à améliorer la répartition des ressources pour répondre aux besoins actuels de la population.

Le CAC reviendra probablement sur la question en 1989, de même que le Conseil économique et social au cours de sa session de juin prochain, et le Directeur général ne manquera pas à cet égard d'exprimer la préoccupation du Conseil exécutif devant ces deux organes.

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) présente le document EB83/16 Rev.1. Dans le budget programme régional pour 1990-1991 adopté à la trente-cinquième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, en octobre 1988, une priorité élevée a été donnée à la promotion d'activités nationales orientées vers la collectivité, à tous les niveaux d'orientation-recours et d'appui, et de la contribution de divers secteurs en vue de parvenir à la santé pour tous par le moyen des soins de santé primaires. Bien que le budget fasse apparaître une augmentation de 6,63 % par rapport à celui de 1988-1989, il y a eu, en fait, une réduction en termes réels de 0,98 % qui a été pleinement absorbée par les programmes interpays régionaux, de manière à ne pas affecter les programmes de pays; 69 % de la totalité des ressources pour les programmes régionaux doivent être allouées au niveau des pays, ce qui traduit la ferme conviction du Comité régional que l'appui de la collectivité à la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous doit continuer à compter au nombre des principales priorités. Le programme interpays régional vise à appuyer et compléter les programmes de pays. A la suite des discussions tenues au Comité régional, des efforts seront faits en vue d'utiliser des consultants régionaux pour répondre aux besoins nationaux et des consultants à court terme pour les remplacer au Bureau régional pendant la durée de leur mission.

Le projet de budget programme pour la Méditerranée orientale est axé sur le développement des systèmes de santé, l'organisation de systèmes fondés sur les soins de santé primaires et la fourniture de personnels de santé, qui recevront chacun environ 16 % du budget total. La plupart des activités envisagées dans le cadre du programme général de développement de systèmes de santé ont pour but de contribuer à améliorer la gestion du développement sanitaire national, ce qui devrait aider à énoncer des principes applicables à la planification, la formulation et l'évaluation des politiques de santé. En ce qui concerne l'organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, on a adopté une approche multisectorielle au niveau des villages et axée sur la participation de la population. Cette approche encourage la participation des gens eux-mêmes à la prise de décisions sur des questions d'organisation concernant leurs besoins. Le développement des personnels de santé reste une priorité de premier plan dans la Région et des efforts sont déployés pour appuyer les programmes nationaux en insistant tout particulièrement sur la formation des personnels. En outre, le Bureau régional se propose d'encourager le dialogue entre les services de santé et les établissements qui forment des agents de santé, de définir les recherches de nature à faciliter la prise de décisions concernant les personnels de santé et la formation de personnel national et d'appuyer la réorganisation de la formation des personnels infirmiers conformément aux stratégies de la santé pour tous. Les pays de la Région ont concentré leur attention sur le développement du "leadership" de la santé pour tous et des crédits ont été prévus à cet effet. Un cours d'une durée de neuf mois doit commencer en mars 1989 et, selon le résultat de cette expérience, ce genre d'activité pourrait être poursuivi dans les années à venir.

Quatorze pour cent du budget doit être alloué à la lutte contre la maladie. Cette somme est bien inférieure à celle qui figurait dans le budget de 1988-1989, car les pays Membres ont identifié des besoins plus urgents. Dans certains pays toutefois, comme en Somalie et au Soudan, où la lutte contre les maladies diarrhéiques et les autres activités de prévention font partie des activités de soins de santé primaires, la réduction est tant soit peu théorique. Des ressources extrabudgétaires n'en doivent pas moins être recherchées pour certains programmes, notamment le programme de lutte contre le paludisme.

Le Bureau régional procède à des examens des programmes de pays auxquels participent conjointement l'Organisation et les Etats Membres, afin d'évaluer les résultats obtenus pendant la période biennale en cours et de réaffecter, s'il le faut, les ressources non utilisées.

Le Dr HAN (Représentant spécial du Directeur général pour le Pacifique occidental) déclare que l'année 1988 a été importante pour la Région du Pacifique occidental non seulement à cause de l'élection du Directeur régional au poste de Directeur général, mais aussi en raison de la célébration du quarantième anniversaire de l'OMS et de l'organisation de la première journée mondiale sans tabac et de la journée mondiale de lutte contre le SIDA, qui ont été l'occasion d'une publicité extrêmement utile. Jamais la participation aux travaux du Comité régional n'a été si active.

Le Comité a approuvé le projet de budget programme régional pour 1990-1991 qui accuse une augmentation nette de 9,14 % par rapport au budget antérieur. Le plus gros des ressources du budget ordinaire est allé aux programmes consacrés à la lutte contre la maladie, au développement des ressources humaines pour la santé, au développement des systèmes de santé et à l'organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires. Le tiers du fonds du Directeur régional pour le développement a été offert par le Représentant spécial du Directeur général en vue d'être alloué à des programmes considérés comme hautement prioritaires par le Comité régional. La priorité a ainsi été donnée à trois programmes concernant respectivement la lutte contre les maladies non transmissibles, l'abus d'alcool et de drogues et les médicaments essentiels.

Le Comité a adopté plusieurs résolutions d'importance, dont l'une concerne l'éradication de la poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental d'ici à 1995, c'est-à-dire cinq ans avant la date fixée pour l'objectif mondial. S'agissant du transfert de technologie, la technologie voulue pour la production à grande échelle de vaccins contre l'hépatite B a été transférée du Japon à la Chine, ce qui a permis, avec l'établissement d'un système de collecte de plasma couvrant quatre pays du Pacifique Sud, d'inclure l'hépatite B au nombre des maladies cibles du programme de vaccination dans la Région.

Un programme régional de lutte contre le SIDA est maintenant en cours, bien que la prévalence reste faible dans la plupart des pays, à l'exception de l'Australie, du Japon et

de la Nouvelle-Zélande. Seize pays ont déclaré des cas d'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, avec l'appui de l'OMS, dix pays en développement ont établi des plans à court et à moyen terme pour prévenir et combattre ces infections.

Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie et aux comportements, parmi lesquelles le cancer, les maladies cardio-vasculaires et la toxicomanie, ont également retenu de plus en plus l'attention, avec notamment le bannissement du tabac des Jeux olympiques de Séoul, conformément au voeu exprimé par le Conseil exécutif.

En ce qui concerne la promotion de la salubrité de l'environnement, davantage d'attention a été accordée aux problèmes croissants posés par les produits chimiques toxiques et les déchets dangereux.

L'accent mis avec persistance sur la mise en oeuvre efficace du programme grâce à un effort de surveillance et d'évaluation dans la gestion du programme de coopération de l'OMS dans la Région a été reflété à la fois au niveau des pays, où des examens bi- et tripartites ont été effectués avec la participation d'autres organismes internationaux, en plus des contacts réguliers entre les représentants de l'OMS et les hauts fonctionnaires nationaux, et au niveau régional, où les activités du programme ont été examinées par le Comité régional et le Secrétariat et aussi, tous les 18 mois au moins, par le Comité régional du Programme. En outre, un ou deux programmes ont été réexaminés à chacune des réunions semi-annuelles tenues avec des représentants de l'OMS et le Comité régional lui-même a réétudié au moins deux programmes en profondeur lorsqu'il a examiné le rapport biennal du Directeur régional.

Le système de surveillance informatisé mis en place en 1983 a été étendu de manière à pouvoir être utilisé par les représentants de l'OMS et les chargés de liaison avec les pays, en plus des gestionnaires des programmes au Bureau régional. Le potentiel du système n'est pas encore pleinement utilisé, mais il facilite déjà l'identification des problèmes que pose la mise en oeuvre et contribuera ainsi à l'efficacité et à la promptitude dans l'exécution du budget programme.

Le Dr MONEKOSSO (Directeur régional pour l'Afrique) déclare qu'en 1988 la Région africaine a continué à se heurter à des difficultés économiques et politiques mais aussi à des problèmes résultant de catastrophes naturelles. Elle doit encore faire face à de nombreux problèmes de santé complexes, et c'est pourquoi il faut se féliciter de l'appui fourni par la communauté internationale pour l'action de santé en Afrique.

Bien que le budget programme de la Région pour 1990-1991, en termes réels, s'élève au total à US \$119 711 000, ce qui représente une augmentation de 10,28 %, il n'y a eu en fait aucune augmentation véritable; 57 % du budget a servi à l'appui direct aux activités de pays. Une analyse du budget montre que 46 % des crédits ont été demandés par des pays en vue de renforcer leurs infrastructures sanitaires. En fonction des priorités fixées par les pays, le poste le plus important a été le développement des ressources humaines (24,8 %), suivi par le renforcement du processus gestionnaire pour le développement sanitaire (24,7 %), l'organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (12,6 %), l'approvisionnement public en eau et l'assainissement (6,3 %), le développement de l'ensemble du programme (5,6 %), l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances (4,4 %) et enfin - quoiqu'elle figure toujours parmi les grands programmes - la vaccination (3,3 %).

A la suite de la demande formulée par le Comité régional en 1987, de nombreux pays ont déjà réservé au moins 5 % des crédits de leur budget ordinaire au renforcement des systèmes de santé par le biais d'une approche fondée sur le district. Toutefois, lors de la discussion du budget, la priorité N° 1 a été donnée à la mobilisation des ressources extrabudgétaires et, bien sûr, à une meilleure utilisation de ces ressources. Le problème n'est pas de savoir ce qu'il faut faire avec les crédits du budget ordinaire - qui sont vite utilisés - mais bien plutôt de trouver d'autres sources de financement, avec la coopération des pays sur une base tant bilatérale que multilatérale.

La Région est particulièrement défavorisée en ce sens que, même avec la meilleure gestion possible, elle souffre encore de retards dans l'achat de matériel. C'est un obstacle de taille à la bonne exécution des programmes et les diverses organisations du système des Nations Unies, qui collaborent à ces programmes, ont attiré l'attention là-dessus en maintes occasions. Pour ce qui est de la mobilisation des ressources, le Dr Monekosso espère que l'Initiative de Bamako, lancée récemment, aidera à améliorer les soins de santé destinés aux femmes et aux enfants, notamment grâce à un système de recouvrement des coûts et à la fourniture de médicaments essentiels (gratuits au départ) au niveau communautaire.

Des chefs d'Etat et des dirigeants parlementaires africains ont récemment demandé que soit créé un fonds spécial pour le développement sanitaire visant à renforcer tous les niveaux de la pyramide des soins de santé, mais surtout le niveau communautaire. Le Dr Monekosso lance un appel à la communauté internationale pour qu'elle contribue à ce fonds lorsqu'il sera officiellement mis en place.

La deuxième priorité est la mise en oeuvre de la politique des soins de santé primaires par le renforcement de l'infrastructure de santé à tous les niveaux, là encore en insistant sur le district. C'est sans doute la Région africaine qui a la plus faible infrastructure sanitaire au monde; au moment de la Conférence d'Alma-Ata, on n'avait pas prévu la crise économique actuelle ni l'apparition de la pandémie de SIDA. C'est pourquoi la Région, dans ses efforts pour renforcer ces infrastructures, s'est heurtée à des difficultés économiques et à ce que l'on pourrait appeler des problèmes immunologiques. En 1985, le Comité régional a adopté un "scénario" particulier ou plan d'action pour le développement sanitaire en Afrique qui est maintenant appliqué dans tous les pays de la Région sans exception. Sur cette base, on s'efforce de renforcer l'infrastructure de santé tout d'abord au niveau du district, puis au niveau intermédiaire et enfin au niveau central, dans l'espoir qu'à l'horizon 1990 tous les pays seront au moins à la ligne de départ dans la course vers la santé pour tous d'ici l'an 2000. Aussi, au niveau du district, des stratégies spéciales de soins de santé primaires sont-elles maintenant appliquées : engagement communautaire, action multisectorielle et choix de la technologie appropriée. On s'efforce en même temps de renforcer la gestion au niveau du district et d'en déterminer l'efficacité - par exemple en vérifiant si, à la fin de l'année, des fonds de roulement ont bien été établis dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

Les autres priorités de la Région sont d'ordre programmatique. La Région africaine, comme d'autres, a décidé de s'attaquer à des fléaux comme le tétanos néonatal et la poliomyélite. La dracunculose pose un problème tout particulier dans 19 pays de l'Afrique de l'Ouest et un programme spécial de lutte, qui bénéficie de l'appui du programme "Global 2000" dirigé par l'ex-Président des Etats-Unis d'Amérique, M. Carter, est en cours.

Le paludisme est en train de réapparaître sous forme épidémique, même dans des régions où cela n'était pas prévu; la tuberculose est elle aussi en recrudescence, et il a fallu renouveler les moyens de lutte contre ces deux vieux ennemis. La lutte contre le SIDA restera l'une des principales activités de la Région pendant la décennie; le Comité régional a adopté des résolutions à ce sujet, et d'importantes décisions ont également été prises lors de la deuxième conférence régionale sur le SIDA. Dans la Région africaine, toutes les mesures possibles seront prises pour veiller à ce que, conformément aux grandes lignes esquissées par le Directeur général, les activités de lutte contre le SIDA et les efforts pour améliorer l'infrastructure de santé aillent de pair.

La croissance démographique incontrôlée s'est avérée un autre obstacle au développement sanitaire dans la Région et c'est pourquoi la planification familiale doit jouer un rôle plus important dans les activités de santé maternelle et infantile. Les pays de la Région ont décidé de collaborer avec le Gouvernement du Rwanda pour créer un centre régional de santé de la famille, et le Dr Monekosso se félicite de la collaboration de la Banque mondiale à cette activité; il va se tenir prochainement à Niamey une conférence sur la maternité sans risque, à l'occasion de laquelle le Bureau régional collaborera étroitement avec la Banque mondiale et d'autres organismes. Comme les membres du Conseil le savent d'après les rapports pertinents, la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement va bientôt arriver à son terme sans avoir malheureusement atteint ses objectifs. La question des déchets toxiques a fait l'objet d'un vif débat au Comité régional, qui a adopté une résolution à ce sujet.

Le Dr Monekosso s'est particulièrement réjoui que le Directeur général ait pu rester trois jours à Bamako et ait donc pu participer pleinement aux travaux du Comité régional. Celui-ci a consacré un long débat à l'utilisation optimale des ressources, sujet sur lequel il a adopté une résolution. Il a également débattu de l'Initiative de Bamako et a élaboré, en consultation avec le FISE, des principes de base qui seront soumis aux pays en vue d'être appliqués. Le Prix Dr Comlan Quenum sera attribué pour la première fois cette année; la sélection des candidats est en cours.

Le processus de surveillance et d'évaluation souhaité par le Directeur général se déroule dans la Région à l'aide du système de coordination des opérations du programme régional (AFROPOC), qui est une adaptation simplifiée du système américain AMPES (American Regional Programming and Evaluation System). Il a permis de suivre et d'évaluer tous les grands programmes de santé publique et de mesurer l'impact de toutes les activités de santé

- celles de l'OMS ou d'autres institutions - sur les populations, notamment les groupes à haut risque comme les mères et les enfants, ainsi que de mesurer la couverture sanitaire et de savoir dans quelle mesure les besoins essentiels étaient satisfaits. Le Bureau régional reçoit maintenant des renseignements de tous les pays de la Région, district par district, y compris des rapports techniques sur les activités et les résultats d'enquêtes faites parmi les ménages dans certains districts.

Pour conclure, le Dr Monekosso remercie les gouvernements de la Région d'avoir collaboré très efficacement avec le Bureau régional. Les progrès ont peut-être été lents à cause de certaines marches arrière dues à des facteurs dont l'OMS n'a pas la maîtrise, mais il faut espérer qu'à la longue, comme la tortue de la fable, la Région africaine finira par arriver la première au but, celui de la santé pour tous.

Le Dr GUERRA DE MACEDO (Directeur régional pour les Amériques) déclare que la crise économique et sociale la plus profonde et la plus longue jamais connue dans la Région des Amériques s'est poursuivie en 1988, avec notamment le lourd fardeau du service de la dette extérieure que l'on sait. Ces six dernières années, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont remboursé en moyenne un montant net de US \$30 milliards par an. Cette hémorragie financière a eu un impact considérable sur les taux de croissance économique de la Région qui étaient négatifs en 1988. Elle a également compromis l'épargne et l'investissement, ce qui fait que la croissance ne reprendra pas du jour au lendemain. L'année 1988 a également vu la reprise de l'inflation qui, dans trois cas extrêmes, a atteint 10 000 %, 3000 % et 1000 %. La conséquence de tout cela a été une augmentation des inégalités et de la pauvreté. En 1988, la Région a également été victime de catastrophes naturelles, notamment de cyclones qui ont frappé plus particulièrement la Jamaïque et le Nicaragua. Aucun signe ne laisse présager que la situation économique se redressera au cours de l'exercice 1990-1991. La Région devra notamment trouver une solution au problème de la dette extérieure, jeter les bases d'une reprise du développement et en même temps chercher à favoriser une meilleure intégration à l'économie mondiale de même qu'une meilleure intégration régionale.

Au niveau politique, les conflits présents dans la Région, dont le plus connu est l'état de guerre larvée en Amérique centrale, se sont poursuivis en 1988. En revanche, pour ce qui est des aspects positifs, le processus de démocratisation et de réinstitutionnalisation de la vie politique s'est également poursuivi et les gouvernements se sont montrés plus enclins à développer la coopération à l'intérieur de la Région. Pendant la période biennale 1990-1991, les principaux problèmes politiques consisteront à consolider le processus de démocratisation, menacé dans une certaine mesure par la crise économique et à trouver des solutions aux conflits armés afin de rétablir la paix.

Les événements économiques et politiques, joints à la croissance de la population, malgré la baisse continue des taux de fécondité, ont des répercussions profondes sur la santé. Les dépenses publiques, y compris les dépenses dans le secteur de la santé, ont été réduites et les revenus ont diminué, et le nombre de personnes vivant dans la pauvreté a augmenté, pour atteindre actuellement, selon les estimations, 170 millions, dont 60 millions dans la pauvreté absolue. Les difficultés que rencontrent les pays pour importer des produits essentiels, du fait des restrictions économiques, et l'augmentation du nombre de personnes déplacées pour des raisons politiques ou sociales ou en raison de la guerre ou d'autres actes de violence méritent également d'être mentionnées.

Néanmoins, la crise n'a pas eu que des effets négatifs car il a fallu accroître la rentabilité des ressources existantes grâce à la décentralisation, à une meilleure gestion, à une participation communautaire accrue, etc. De plus, la démocratisation des processus de prise de décisions a facilité l'introduction des changements nécessaires.

La situation dans le domaine de la santé présente donc d'énormes lacunes. Ainsi, la couverture des systèmes de santé est très incomplète. On estime qu'au début de 1989, au moins 130 millions d'habitants de la Région sont encore dépourvus d'un accès permanent aux services de santé les plus élémentaires. Toutefois, c'est le manque d'organisation qui a surtout caractérisé la plupart des pays latino-américains, entraînant un degré élevé d'inefficacité et le gaspillage des maigres ressources disponibles, notamment du fait d'une centralisation excessive et de l'absence de responsabilité directe en matière de santé.

Malgré tous ces problèmes, les indicateurs sanitaires pour l'Amérique latine et les Caraïbes ont continué à progresser sensiblement. La mortalité infantile baisse toujours, bien que plus lentement que par le passé et bien que des problèmes aient été signalés en ce



qui concerne les maladies liées à la nutrition. Si les taux de mortalité en 1988 étaient restés les mêmes qu'en 1981, près de 500 000 décès supplémentaires auraient été enregistrés. En même temps, on estime qu'en Amérique latine et aux Caraïbes, près de 700 000 décès par an pourraient encore être évités si l'on utilisait correctement les ressources existantes.

On peut citer aussi d'autres problèmes, caractéristiques du sous-développement ou du développement naissant, que l'on retrouve en Amérique latine. Les problèmes associés aux soins périnataux revêtent une importance croissante et l'abus des drogues met en danger non seulement la santé de la population mais aussi la stabilité des structures sociales dans beaucoup de pays. Les problèmes liés à l'environnement - non seulement ceux qui ont trait à l'approvisionnement en eau potable et à l'assainissement mais aussi ceux qui ont trait aux menaces économiques pour l'environnement - ne sont pas négligeables, non plus d'ailleurs que le problème posé par le SIDA, la nécessité d'améliorer la situation des femmes, les modes de vie et la santé et la préoccupation croissante que suscite la qualité des soins de santé.

Dans ses activités dans la Région en 1988, l'Organisation a suivi les lignes directrices approuvées par la Conférence sanitaire panaméricaine en 1986 pour 1987-1990, dans lesquelles elle donnait la priorité au renforcement des infrastructures de services de santé, aux problèmes des groupes particulièrement vulnérables, à l'environnement et à la recherche. Les stratégies retenues comprenaient notamment la mobilisation de ressources, la coopération intrarégionale, la coordination des activités des divers organismes concernés, les initiatives sous-régionales, le programme élargi de vaccination et l'éradication de la poliomyélite. En ce qui concerne les initiatives sous-régionales, bien que des succès aient été remportés dans le domaine de la mobilisation de ressources extérieures, il est plus important pour les pays de la Région de mobiliser leurs propres ressources et de créer les conditions propices à une coopération inter pays afin de coordonner leurs activités et de mieux utiliser les ressources dont ils disposent.

Le Dr Guerra de Macedo a cité le programme élargi de vaccination parce que son histoire est exemplaire dans la Région des Amériques, grâce à la coordination de l'action de cinq organismes internationaux et des Etats Membres à l'appui d'un objectif commun : l'éradication de la poliomyélite en 1990. A la fin de 1988, le taux moyen de vaccination contre la poliomyélite dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes était de 81 % des enfants de moins de cinq ans; de plus, la poliomyélite ne sévit plus que dans 240 divisions administratives locales sur les 15 000 que compte la Région (soit 2 % du total). Il est fermement convaincu qu'en janvier 1991 il pourra annoncer au Conseil que la poliomyélite a été éradiquée dans la Région des Amériques. En outre, les efforts d'éradication ont permis de mettre en place une importante infrastructure de chaîne du froid, de laboratoires de diagnostic et de surveillance épidémiologique, qui devrait accroître les chances d'administrer avec succès d'autres vaccins du PEV, d'endiguer d'autres maladies et de renforcer l'ensemble des activités de l'Organisation. Il a d'ailleurs déjà été proposé d'éradiquer la rougeole dans les Caraïbes.

La réduction du budget ordinaire de l'OPS a été en partie compensée par une augmentation des ressources extrabudgétaires. En 1989, pour la première fois dans l'histoire de la Région, les ressources extrabudgétaires dépasseront le budget ordinaire total de la Région des Amériques de l'OMS et de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Le Comité régional s'est réuni fin septembre 1988 pour examiner la situation générale et les problèmes prioritaires et approuver le projet de budget programme pour 1990-1991. Il ne faut pas oublier que dans la Région des Amériques la préparation du budget de l'OMS n'est que le premier stade du processus puisque le budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé devra être établi dans le courant de l'année. Compte tenu des tendances précédentes, les ressources provenant du budget ordinaire de l'OMS pour l'exercice 1990-1991 devraient représenter un peu moins de 20 % du total des ressources budgétaires disponibles. Le Directeur régional aimerait cependant insister sur un point au sujet du budget de la Région des Amériques. Une augmentation nette d'un peu plus de 8 % signifie qu'un effort a été fait pour absorber les coûts, puisque le pouvoir d'achat du dollar a baissé de 11 % dans la Région, et se traduit par une légère augmentation réelle dans les programmes de pays. Le budget reflète les priorités approuvées pour la période 1987-1990 et tient compte des besoins nouveaux évoqués plus haut. Enfin, le Directeur régional précise que les efforts visant à améliorer l'administration ainsi que les systèmes de planification et d'évaluation de l'Organisation seront poursuivis pendant l'exercice 1990-1991.

Le Dr KO KO (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) rappelle que le Comité régional de l'Asie du Sud-Est a tenu sa quarante et unième session au Bureau régional du 20 au 26 septembre 1988, sous la présidence du Dr Joe Fernando (Sri Lanka). Le Comité régional a non seulement examiné le rapport annuel du Directeur régional pour la période allant de juillet 1987 à juin 1988, mais également souscrit au projet de budget programme pour l'exercice biennal 1990-1991 et traité de questions telles que la surveillance des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000, le quarantième anniversaire de l'OMS, la lutte contre le SIDA, la gestion des ressources de l'OMS, ainsi que la prévention des troubles mentaux neurologiques et psychologiques. Le Comité a adopté dix résolutions d'une grande portée sur des points importants. Les discussions techniques ont porté sur le développement des systèmes de santé de district.

Les principaux axes de la collaboration entre l'OMS et les Etats Membres de la Région prévus pour 1990-1991 sont repris dans l'exposé du Programme, à la page 433 du projet de budget programme (document PB/90-91). Ils ont été établis en fonction des besoins primaires des pays dans le cadre de leurs stratégies de la santé pour tous et du huitième programme général de travail. Le projet de budget programme régional pour 1990-1991 atteint US \$80,6 millions, ce qui correspond à une croissance zéro en valeur réelle.

Le Comité a pris note des progrès satisfaisants accomplis par les Etats Membres dans leur surveillance de la santé pour tous. Le processus de surveillance et d'évaluation, basé sur le "cadre commun" et notamment sur la collecte d'informations sur les progrès accomplis par rapport aux douze indicateurs, est progressivement intégré au processus de planification nationale. Le Comité juge indispensable d'évaluer les succès et les échecs afin de prendre des mesures correctives. Il est instamment demandé aux Etats Membres d'examiner et affiner davantage leurs stratégies de la santé pour tous afin de faire une large place aux couches défavorisées de la population.

Le Comité a relevé qu'à l'occasion des célébrations du quarantième anniversaire de l'OMS, les Etats Membres ont entrepris des activités destinées à appeler l'attention sur le renforcement du développement sanitaire. Les médias en ont largement rendu compte. Le Comité souhaite voir les activités se poursuivre.

Eu égard à l'importance accordée à la gestion des ressources de l'OMS, le Comité a pris note des délibérations au Comité du Programme du Conseil exécutif et à la quatre-vingt-unième session du Conseil, et il a réaffirmé les conclusions, décisions et recommandations qu'il avait formulées à ce propos à sa quarantième session en 1987 en adoptant une résolution sur ce point.

Le quarantième anniversaire de l'OMS a fourni à la Région de l'Asie du Sud-Est une grande occasion de mobiliser des forces vives pour la réalisation de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et de mieux faire connaître le travail de l'OMS. Les larges comptes rendus qu'en ont donné les médias, les programmes d'information du public et toute une gamme de matériels d'information sanitaire, y compris les "dossiers d'information" mensuels, ont permis de promouvoir le développement sanitaire sur une plus large échelle. Les gouvernements, organisations non gouvernementales et institutions universitaires ont tous participé à cet effort sous une forme ou sous une autre. La Région a participé à la Journée mondiale sans tabac et à la Journée mondiale du SIDA.

Les Etats Membres ont admis l'importance que revêtent les aspects économiques du développement des personnels. Ils se rendent aussi de plus en plus compte de l'incidence du financement des soins de santé sur la réussite de l'initiative de la santé pour tous par le biais des soins de santé primaires. Deux réunions internationales, l'une sur l'application des concepts économiques au développement des services de santé, et l'autre sur le financement des ressources humaines pour la santé, ont été organisées pour 1989 à Djakarta et Bangkok respectivement. Il ne fait aucun doute qu'elles contribueront beaucoup à renforcer la capacité des Etats Membres à analyser leurs politiques et à gérer leurs personnels de santé ainsi qu'à promouvoir l'application pratique des concepts économiques à certains aspects de l'élaboration des politiques des ministères de la santé.

Pour donner suite à la réunion internationale d'experts sur le thème "D'Alma-Ata à l'an 2000 - situation à la mi-parcours" tenue à Riga (URSS) en mars 1988, ainsi qu'à la surveillance et l'évaluation actuelles des stratégies de la santé pour tous, une conférence régionale sur le développement sanitaire dans la perspective du but de la santé pour tous aura lieu au Bureau régional en mars 1989. Plusieurs activités nationales sont actuellement organisées pour préparer cette conférence.

Les pays ont fait de grands progrès dans la réorientation de l'enseignement face aux besoins de la collectivité. Des cibles et indicateurs régionaux pour la surveillance et l'évaluation de ces progrès ont été fixés, et on détermine actuellement des cibles et indicateurs nationaux.

Les catastrophes naturelles et celles provoquées par l'homme sont fréquentes dans de nombreux pays de la Région. Le Bangladesh et l'Inde ont connu des inondations sans précédent, et la zone frontière indo-népalaise a été secouée en 1988 par un violent séisme qui a touché les régions limitrophes de l'Inde et du Népal. Certains pays restent en proie à des troubles ethniques et politiques internes. L'OMS est intervenue rapidement pour faire face à ces situations d'urgence en donnant des avis techniques et en fournissant des médicaments. Cela dit, les autorités de la Région insistent sur la préparation aux catastrophes, et un plan régional est en cours de préparation à cet effet.

Le programme de nutrition mis en oeuvre dans la Région comprend six domaines d'action particuliers, notamment la mise au point et le renforcement des politiques et stratégies nutritionnelles nationales, de l'action nutritionnelle par les soins de santé primaires, des capacités de surveillance nutritionnelle et des programmes nationaux de lutte contre les troubles liés à la carence en iode, en vitamine A et en fer. L'évolution future et l'orientation du programme régional OMS de recherche nutritionnelle ont elles aussi fait l'objet de débats approfondis à la quatorzième session du Comité consultatif de la Recherche en Santé pour l'Asie du Sud-Est, qui a eu lieu en avril 1988.

L'objectif principal du programme concerté de santé infantile de l'OMS est d'élargir la couverture des services et d'en améliorer la qualité. A cet égard, de nombreux pays ont pris des initiatives novatrices pour étendre la couverture des services par la prestation d'un ensemble intégré de soins de santé de la famille au niveau du village, avec la participation de la collectivité. On s'efforce actuellement d'intégrer les divers programmes au programme de soins de santé primaires.

S'agissant de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement au niveau de la collectivité, une consultation régionale récente sur la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement a mis au point un calendrier pour le reste de la Décennie et jusqu'à l'an 2000. Dans ce contexte, le Comité régional a adopté, à sa quarante et unième session, une résolution par laquelle il demande instamment aux Etats Membres d'examiner dès que possible l'état d'avancement des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, d'accélérer leur mise en oeuvre et de réviser leurs cibles et, si besoin est, leurs stratégies, de façon à atteindre le but de la santé pour tous, ainsi que de mobiliser des ressources nationales et internationales pour accélérer la mise en oeuvre des programmes conformément aux recommandations de la consultation régionale en question. Il a demandé à l'OMS de continuer à apporter son soutien aux Etats Membres.

Le Comité régional a noté avec inquiétude que le nombre des cas de SIDA augmente dans certains pays de la Région et leur a rappelé que la maladie pourrait prendre les proportions d'une épidémie. Il s'est félicité des mesures adoptées par les pays et par l'OMS conformément au plan d'action régional et à la stratégie mondiale, et il a instamment demandé aux Etats Membres d'insister sur l'adoption de mesures propres à promouvoir la surveillance, l'éducation sanitaire, l'emploi de seringues stérilisées ainsi que de sang et des produits sanguins sûrs.

En 1984 déjà, le SIDA intéressait la profession médicale et inquiétait les gouvernements et le grand public dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Avec le soutien et les conseils du Siège de l'OMS et grâce au Programme mondial de lutte contre le SIDA, il a été possible de formuler ces derniers temps des plans d'action à court terme pour dix des onze pays de la Région. L'Inde a surtout utilisé ses propres ressources pour mettre en oeuvre la plupart des activités envisagées. Le plan d'action à moyen terme prévu pour la Thaïlande a été formulé et présenté aux donateurs, et des plans à moyen terme sont en cours d'élaboration pour l'Inde, le Népal et Sri Lanka.

Les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont fait des efforts méritoires pour poursuivre la mise en oeuvre de leurs programmes de développement malgré une situation économique très défavorable, des catastrophes naturelles et un manque de stabilité socio-économique. Très peuplée, la Région compte parmi ses Membres cinq des pays les moins avancés, et c'est pourquoi il est urgent d'assurer une mobilisation adéquate des ressources et une application plus tangible et efficace des programmes collectifs. Les programmes de la Région qui visent, comme par le passé, à atteindre les objectifs des stratégies de la santé pour tous seront mis en oeuvre, surveillés et évalués dans un véritable esprit de justice sociale et d'équité en vue de réduire les disparités qui existent entre différents groupes de population.

Le Dr ASVALL (Directeur régional pour l'Europe) dit que la situation sanitaire en Europe a été examinée en liaison avec la surveillance des politiques de la santé pour tous des pays européens. Des renseignements complets à cet égard sont fournis dans le document EUR/RC38/11. D'une manière générale, les principaux problèmes de santé qui se posent dans la Région sont liés aux modes de vie. Il y a eu certaines améliorations, par exemple en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires et les accidents, mais il n'y a pas eu de progrès s'agissant du suicide et du cancer. De façon assez surprenante peut-être, le problème de l'inégalité existe dans la Région, et à certains égards, cette situation a même tendance à se dégrader. Le SIDA continue à s'étendre, mais on note deux nouveaux faits encourageants : dans certains pays, il y a des signes de tassement du rythme de progression de la maladie parmi les groupes d'homosexuels qui ont reçu une bonne éducation sanitaire; et dans deux pays, on enregistre des effets similaires chez des groupes isolés de toxicomanes.

Le tremblement de terre en Arménie a été une tragédie; les autorités soviétiques et de nombreux groupes étrangers ont cependant fourni un excellent appui pendant la phase d'urgence. Des discussions ont lieu actuellement afin de déterminer comment le Bureau régional pourrait se rendre le plus utile dans le relèvement de la zone sinistrée.

Le programme européen s'appuie sur les objectifs de la politique européenne de la santé pour tous. La présentation du budget programme pour l'Europe dans le "livre bleu" du budget programme de l'OMS ne fait toutefois pas ressortir ces liens aussi nettement. Le total du budget ordinaire pour l'Europe pour l'exercice 1990-1991 s'élève à US \$36 426 700, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'accroissement réel par rapport au niveau approuvé pour 1988-1989. Le chiffre de US \$1 399 300 qui est indiqué comme une réduction correspond simplement au transfert au Siège de trois programmes mondiaux (Prévention des accidents, Santé des personnes âgées et Technologie appropriée) qui étaient précédemment administrés par le Bureau régional au nom du Directeur général.

L'élément essentiel du programme européen, y compris dans les aspects techniques, est la promotion générale de la politique de la santé pour tous. Des progrès sont actuellement accomplis : une unité spéciale travaille avec les pays pour développer les politiques de la santé pour tous; la majorité des pays ont déjà établi de telles politiques ou sont en train de le faire; et dans deux Etats fédéraux, où les décisions politiques sont prises à l'échelon local, il a récemment été décidé de commencer à établir des politiques sanitaires à cet échelon. Cela constitue un signe particulièrement encourageant, qui dénote un changement d'attitude positif à l'égard de la stratégie de la santé pour tous dans des pays qui s'étaient initialement montrés sceptiques. Une conférence européenne sur les politiques de la santé pour tous est prévue au budget de 1990-1991 et constituera une tribune pour échanger des données d'expérience et stimuler le développement futur.

Une autre façon de promouvoir la politique de la santé pour tous est le projet "villes saines". En 1988, le réseau des "villes saines" s'est enrichi de 25 nouvelles villes et le budget consacré à ce projet augmente. Le projet "villes saines" est très important non seulement parce qu'il favorise l'acceptation des politiques de la santé pour tous, mais aussi parce qu'il permet des milliers d'applications pratiques locales qui fourniront à l'OMS et aux Etats Membres des informations en retour très utiles sur la manière d'aborder le problème à l'échelon local.

L'un des aspects de la politique européenne de la santé pour tous est la promotion de modes de vie sains. Au nom du Directeur général, le Bureau régional a mené un projet interrégional de promotion sanitaire, avec notamment des conférences à Ottawa en 1986 et Adelaïde en 1988. Une conférence aura lieu en Hongrie en 1990-1991 sur la nutrition dans les sociétés d'abondance; ce sera la première conférence de ce type organisée par l'OMS.

En 1987, le Comité régional a décidé de lancer un effort spécial de lutte contre le tabagisme. L'ampleur de ce problème est illustrée par le fait que, sur les 850 millions d'habitants vivant actuellement dans les trente-deux Etats Membres de la Région européenne, 100 millions mourront de maladies causées par le tabagisme. Une "charte des droits de l'homme" relative au tabagisme, rédigée à la Conférence de Madrid, sera discutée par le Comité régional. Un fort accroissement des activités dans ce secteur est prévu au programme 1990-1991.

Le programme intégré d'intervention concernant les maladies non transmissibles à l'échelle d'un pays (programme CINDI) couvre dix pays de la Région et comprend de vastes plans d'action pour changer les modes de vie.

Une partie du programme européen vise à stimuler et à appuyer la recherche en vue de la santé pour tous. Les résultats de trois années de travail, en coopération avec le Comité consultatif européen de la Recherche en Santé, ont été approuvés par le Comité régional et

publiés en 1988, en mettant en lumière les implications, pour la politique et les priorités de la recherche, de la politique européenne de la santé pour tous. En 1990-1991, le Bureau régional multipliera les contacts avec les académies de médecine et les conseils de la recherche des Etats Membres pour promouvoir l'acceptation de ces idées.

Ce sont les attitudes et les actions des personnels de santé qui font que les changements introduits sont authentiques ou simplement apparents, et une stratégie a donc été mise en oeuvre pour promouvoir un changement en faveur de la santé pour tous parmi les organisations de personnels de santé. Une réunion tenue à Sofia en 1988 a montré combien l'attitude des associations médicales européennes avait maintenant évolué en faveur de la politique de la santé pour tous. La coopération avec les organisations médicales se poursuivra en 1990-1991, et le nombre de projets entrepris en collaboration avec elles devrait augmenter. Beaucoup d'attention a également été accordée aux infirmières : plus de 155 000 infirmières européennes ont assisté à des séminaires pour étudier la politique européenne de la santé pour tous et ses implications pour leur travail. L'une des conclusions de la Conférence européenne sur les soins infirmiers, tenue à Vienne en 1988, a été que l'on avait besoin de personnels infirmiers qui puissent agir en première ligne dans les foyers, les écoles et sur les lieux de travail en faveur de la santé pour tous. Le programme 1988-1991 contribuera à promouvoir un tel modèle.

Il est difficile de faire évoluer l'enseignement médical de base. Des progrès encourageants ont toutefois été accomplis en 1988, puisque l'Association pour l'enseignement médical en Europe et l'Association des doyens des facultés de médecine d'Europe ont déclaré que la politique européenne de la santé pour tous devait être la base de l'enseignement médical dans les pays européens et ont établi une équipe spéciale chargée de collaborer avec le Bureau régional dans ce sens. Un certain nombre de programmes d'étude pilotes seront mis au point. Des progrès ont également été accomplis en ce qui concerne la santé publique puisque l'Association des Ecoles de santé publique de la Région européenne a approuvé la politique européenne de la santé pour tous; l'élaboration d'un programme d'études de base en santé publique, fondé sur la politique européenne de la santé pour tous, est déjà bien avancée. Il est question d'instituer en 1990-1991 un système commun de reconnaissance des établissements agréés.

On s'est aussi intéressé à la valeur des techniques utilisées en matière de soins de santé et au contrôle de la qualité des services de soins de santé, ainsi qu'à la santé de l'environnement. Un certain nombre d'idées utiles pourraient se dégager sur ces sujets lors de la conférence qui doit avoir lieu en République fédérale d'Allemagne. Une autre conférence, qui se tiendra en Suède, fournira l'occasion d'étudier les incidences des facteurs sociaux, économiques, culturels, physiques, mentaux et environnementaux.

Le document EB83/21 rend compte en détail des discussions qui ont eu lieu au Comité régional en 1988. Le Comité régional a approuvé l'idée d'une surveillance des progrès accomplis dans l'exécution des stratégies de la santé pour tous, mais une simplification du système de surveillance a été réclamée. Le Comité régional a suggéré que l'on mette davantage l'accent sur le SIDA et sur les aspects psychosociaux. La question d'un plan régional en liaison avec l'éradication mondiale de la poliomyélite sera examinée en 1989.

En ce qui concerne la gestion des ressources de l'OMS, ainsi que les autres questions de gestion liées aux problèmes financiers de l'organisation de la période 1988-1989 du budget programme, dans la Région européenne, les programmes font l'objet d'une évaluation biennale et les composantes de recherche des programmes sont aussi évaluées périodiquement. Il a été difficile de faire face à l'accroissement de la charge de travail compte tenu des réductions budgétaires (moins 3 millions de dollars EU pour la période biennale en cours) mais le personnel de l'OMS a relevé magnifiquement le défi en réorganisant, rationalisant et en fixant des priorités pour réduire au maximum les incidences négatives.

Il est difficile d'introduire des changements dans une organisation, et encore plus au sein d'un pays ou d'une région, notamment lorsque l'on n'a pas de moyens réglementaires de faire exécuter les décisions et lorsqu'on offre peu d'incitations financières. En dépit de ces obstacles, le développement de la santé pour tous et le travail de l'OMS progressent de façon satisfaisante dans la Région européenne et le budget programme de la Région pour 1990-1991 devrait permettre de poursuivre cette progression.

La séance est levée à 12 h 30.

- - -