



TRENTE-QUATRIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

COMMISSION B

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUATORZIÈME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Mercredi 20 mai 1981, 14 h 30



PRESIDENT : Dr A. HASSOUN (Iraq)

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Collaboration avec le système des Nations Unies (suite) :	
Coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique : Lutte de libération en Afrique australe - Aide aux Etats de la ligne de front (suite)	2
Coopération avec la République du Zimbabwe	4
2. Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies :	
Rapport annuel du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies pour 1979	5
Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS	5
3. La santé pour tous d'ici l'an 2000 :	
Stratégie mondiale	6

Note

Le présent procès-verbal n'est qu'un document provisoire. Les comptes rendus des interventions n'ont pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci et le texte ne doit pas en être cité.

Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent jusqu'à la fin de l'Assemblée, 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, et cela avant le 3 juillet 1981.

Le texte définitif sera publié ultérieurement dans : Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé : Procès-verbaux des commissions (document WHA34/1981/REC/3).

QUATORZIEME SEANCE

Mercredi 20 mai 1981, 14 h 30

Président : Dr A. HASSOUN (Iraq)

1. COLLABORATION AVEC LE SYSTEME DES NATIONS UNIES : Point 42 de l'ordre du jour (suite)

Coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique : Lutte de libération en Afrique australe - Aide aux Etats de la ligne de front : Point 42.6 de l'ordre du jour (résolution WHA33.33; documents EB67/1981/REC/1, résolutions EB67.R7, EB67.R8 et EB67.R9, et A34/21) (suite)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur deux nouveaux projets de résolution qui lui ont été soumis pour examen. Le premier a été présenté par les délégations de l'Algérie, de l'Angola, du Bénin, du Botswana, du Cap-Vert, de Cuba, de la Guinée-Bissau, du Lesotho, du Mozambique, de la République-Unie de Tanzanie, de la Yougoslavie, de la Zambie et du Zimbabwe. Le texte en est ainsi conçu :

La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA29.23, WHA30.24, WHA31.52, WHA32.20, WHA33.33 et WHA33.34 et rappelant en outre les résolutions pertinentes de l'Assemblée générale et du Conseil de Sécurité des Nations Unies sur les mouvements de libération en Afrique australe reconnus par l'OUA;

Notant l'escalade des actes d'agression perpétrés par le régime de la minorité raciste de l'Afrique du Sud contre la République populaire d'Angola, la République populaire du Mozambique et de la République de Zambie;

Considérant les effets des attaques et des bombardements dirigés contre la population civile des Etats de la ligne de front et la destruction de leur infrastructure sanitaire, associés au chantage économique dont sont victimes ces Etats, le Lesotho et le Swaziland;

Considérant qu'en persistant dans son refus de négocier avec les représentants légitimes des peuples de la Namibie et de l'Afrique du Sud, le régime raciste de l'Afrique du Sud fait peser une menace additionnelle sur la sécurité et le bien-être des peuples des Etats de la ligne de front, du Lesotho et du Swaziland;

Réaffirmant le droit des peuples de la Namibie et de l'Afrique du Sud à définir leurs propres politiques sanitaires et à participer à la stratégie mondiale de la santé pour tous en l'an 2000;

Tenant compte du fait que la détérioration de la situation en Namibie et en Afrique du Sud se traduit par un accroissement du nombre des réfugiés dans les Etats de la ligne de front, au Lesotho et au Swaziland;

Tenant également compte du fait qu'en dépit des mesures prises, en application de la résolution WHA33.34, à l'égard de la République du Zimbabwe, la situation sanitaire demeure grave dans ce pays ayant récemment accédé à l'indépendance;

1. **EXPRIME** à nouveau sa satisfaction devant les efforts concertés déployés par l'OMS, les autres organismes des Nations Unies et la communauté internationale dans leur coopération technique avec les Etats Membres susmentionnés;
2. **REMERCIE** le Directeur général de son engagement dans la coopération technique avec les Etats susmentionnés;
3. **APPORTE** son soutien plein et entier aux Etats de la ligne de front, au Lesotho et au Swaziland pour les efforts consentis en faveur des réfugiés en provenance d'Afrique du Sud et de Namibie;
4. **PRIE** le Directeur général :
 - 1) d'intensifier la coopération dans le domaine de la santé avec les Etats de la ligne de front victimes des agressions répétées du régime raciste de l'Afrique du Sud ainsi qu'avec le Lesotho et le Swaziland également victimes de provocations et d'un chantage économique;
 - 2) d'accorder une priorité particulière, dans les programmes d'aide sanitaire concernant la Région africaine de l'OMS, aux Etats de la ligne de front, au Lesotho et au Swaziland;

- 3) de poursuivre la collaboration avec les autres organismes des Nations Unies et la communauté internationale pour que les mouvements de libération nationale reconnus par l'OUA reçoivent le soutien nécessaire dans le domaine de la santé;
- 4) d'accélérer la mise en oeuvre des programmes d'action spéciaux destinés à aider le Zimbabwe, en collaboration avec les autres organismes des Nations Unies;
- 5) de soumettre à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé un rapport détaillé sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la présente résolution.

Le second projet de résolution a été présenté par les délégations de l'Angola, du Bénin, du Botswana, du Cap-Vert, de Cuba, de Gambie, de la Guinée-Bissau, du Lesotho, du Mozambique, de la République-Unie de Tanzanie, de Sao Tomé-et-Principe, du Swaziland, de la Tunisie, de la Yougoslavie, de la Zambie et du Zimbabwe. Le texte en est ainsi conçu :

La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les dispositions des résolutions WHA30.24 et WHA32.21;

Considérant la détérioration de la situation en Namibie due à l'intransigeance du régime raciste de l'Afrique du Sud qui refuse d'accorder une prompte indépendance à la Namibie, comme il y est invité par la résolution 435 (1978) du Conseil de Sécurité des Nations Unies;

Compte tenu du fait que le prétendu "règlement intérieur" en Namibie constitue une menace supplémentaire pour la sécurité et le bien-être des populations de l'Afrique australe;

Réaffirmant le droit du peuple de la Namibie à l'indépendance nationale qui lui permettrait d'apporter sa pleine contribution à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000,

1. REMERCIE le Directeur général de l'assistance fournie, dans le domaine de la santé, aux mouvements de libération nationale en Afrique australe;
2. PRIE instamment le Directeur général :
 - 1) de poursuivre et d'accroître, en collaboration avec les autres organismes du système des Nations Unies, l'assistance sanitaire de l'OMS à l'Organisation populaire du Sud-Ouest africain (SWAPO) qui est le véritable représentant du peuple namibien;
 - 2) de faire rapport à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé sur la mise en oeuvre de la présente résolution.

M. TEKA (Ethiopie) se félicite du souci manifesté par le passé par l'OMS pour les mouvements de libération nationale et les Etats de la ligne de front. Il demande instamment que l'OMS maintienne et développe cette assistance conformément aux objectifs de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Sa délégation appuie les deux nouveaux projets de résolution et souhaite figurer parmi leurs coauteurs.

Le Dr FRITZ (Autriche) indique, à propos de la résolution recommandée par le Conseil exécutif dans sa propre résolution EB67.R7, que si l'Autriche n'appuie pas directement les mouvements de libération, elle apporte effectivement son soutien aux fonds des Nations Unies destinés à améliorer la situation des victimes de l'apartheid. Il en résulte que l'Autriche est en faveur de la poursuite de l'aide aux mouvements de libération nationale, dans le domaine de la santé en particulier, étant donné l'urgence des besoins humanitaires créés par la situation déplorable existant actuellement. Sa délégation appuiera par conséquent la résolution mentionnée.

Le Dr Fritz croit comprendre que le texte du second nouveau projet de résolution contient des aspects politiques sur lesquels, en tant que représentante des autorités sanitaires de son pays, elle n'est pas en mesure de se prononcer. En conséquence, sa délégation ne pourra pas participer au vote sur ce projet de résolution.

M. MOYILA (Zaïre) approuve la contribution apportée par l'OMS à la lutte de libération en Afrique australe, comme indiqué dans le rapport du Directeur général sur la coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique (A34/21). Sa délégation est persuadée que la libération complète de l'Afrique interviendra tôt ou tard. Il appuie les deux nouveaux projets de résolution.

Mlle BETTON (Jamaïque) appuie fermement les deux nouveaux projets de résolution dont est saisie la Commission et se joint aux précédents orateurs pour remercier le Directeur général d'avoir maintenu le rôle positif que joue l'OMS en vue d'apporter une assistance technique en matière de santé aux Etats de la ligne de front et aux mouvements de libération d'Afrique australe. Elle fait sienne la demande d'accroissement de l'aide en matière de santé.

La Jamaïque a constamment soutenu la lutte de libération et d'indépendance en Afrique australe, aussi bien moralement que matériellement, en apportant une assistance technique en vue de la formation d'étudiants namibiens et en versant chaque année une contribution au Fonds spécial de Solidarité pour la Namibie. Pleinement consciente de l'urgence des problèmes perpétués par la politique raciste d'apartheid du Gouvernement de l'Afrique du Sud, la Jamaïque réaffirme son soutien à la juste lutte de libération menée en Afrique australe. En conséquence, la Jamaïque appuie les deux nouveaux projets de résolution et souhaite figurer parmi les co-auteurs de l'un comme de l'autre.

M. THABANE (Lesotho) félicite le Directeur général et le Directeur régional pour l'Afrique des mesures qu'ils ont prises pour mettre en oeuvre les précédentes résolutions concernant la coopération avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique.

Le Dr NSUE-MILANG (Guinée équatoriale) appuie les deux nouveaux projets de résolution et souhaite figurer parmi leurs promoteurs.

M. GILBERT (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) demande que tout nouvel examen des deux nouveaux projets de résolution dont est saisie la Commission soit différé en attendant que les délégations aient pu les étudier, notamment par rapport aux résolutions recommandées par le Conseil exécutif dans les résolutions EB67.R7, EB67.R8 et EB67.R9.

A la suite d'une discussion de procédure à laquelle participent le Dr FERNANDES (Angola), M. VAN KESTEREN (Pays-Bas), M. THABANE (Lesotho), le Dr MWAMBAZI (Zambie), M. McKINNON (Canada), le Dr MUVUTI (Zimbabwe), le Dr LANG (République fédérale d'Allemagne) et le Dr FERREIRA (Mozambique), le PRESIDENT déclare que, s'il n'y a pas d'objections, il considérera que les délégués s'entreprendront entre eux des deux projets de résolution dont est saisie la Commission et qu'ils l'informeront en temps utile des résultats auxquels ils seront parvenus.

Il en est ainsi convenu.

Coopération avec la République du Zimbabwe : Point 42.7 de l'ordre du jour (résolution WHA33.34; document A34/22 Rev.1)

Le Dr QUENUM (Directeur régional pour l'Afrique) présente, à l'invitation du Président, le rapport du Directeur général sur la coopération technique avec la République du Zimbabwe (A34/22 Rev.1).

Le paragraphe 1 évoque dans quel contexte s'est déroulée la coopération technique de l'OMS dans le domaine de la santé avec le peuple du Zimbabwe. Elle s'est effectuée en liaison étroite avec les responsables nationaux, l'OUA, le PNUD et le FISE. Les fondements politiques de l'action entreprise sont exposés au paragraphe 2. Le paragraphe 6 expose l'orientation générale de la coopération technique dans le domaine de la santé avec le Zimbabwe, cependant que les activités exécutées ou prévues durant la période biennale 1980-1982 sont résumées aux paragraphes 7 à 23.

Le passage de l'appui de l'OMS aux populations du Zimbabwe à travers les mouvements de libération nationale reconnus par l'OUA à la coopération technique avec le Gouvernement de la République du Zimbabwe a pu se faire rapidement et efficacement par le biais de projets inter-pays qui ont été rendus possibles grâce à la collaboration étroite entre le Siège de l'OMS et le Bureau régional de l'Afrique et à un dialogue continu aux différents échelons de l'Organisation.

Le Dr MUVUTI (Zimbabwe), qui se réfère au rapport du Directeur général, indique que le peuple du Zimbabwe est profondément reconnaissant à l'OMS de la sollicitude qu'elle lui a manifestée et de l'aide qu'elle lui a apportée en matière de santé depuis l'époque de sa lutte armée. L'OMS a commencé à intervenir de façon positive avant même que le Zimbabwe ne devienne Etat Membre.

L'infrastructure sanitaire du Zimbabwe, notamment dans les régions rurales où elle serait la plus nécessaire, a été détruite et la situation exige des mesures immédiates et rapides. Les maladies infectieuses et la malnutrition exercent leurs ravages et les milliers de réfugiés de retour au pays, les nombreux blessés de guerre et invalides sont particulièrement sujets à la maladie. Les maigres ressources du pays sont insuffisantes et le Zimbabwe a par conséquent demandé une aide pour la planification de l'action sanitaire et pour obtenir du matériel médical et des fournitures.

Alors même que son pays doit parer au plus pressé, il lui faut également se tourner vers l'avenir et mettre en place des programmes à moyen et à long terme. A cet égard, l'assistance sous forme de programmes du Directeur général et du Directeur régional, de missions et d'envois de consultants, a permis au pays de lancer des projets et des programmes, qu'il s'agisse des impératifs cruciaux de la formation et du recyclage de personnels, des travaux de construction, ou encore de fournitures et de distribution de vaccins. Toutefois, bien que son pays apprécie à sa juste valeur l'assistance que lui fournit déjà l'OMS, il aurait besoin d'une aide supplémentaire pour pouvoir développer ses propres forces. Il pourrait alors jouer un rôle dirigeant en matière d'aide aux nations déshéritées et désavantagées et, en sa qualité d'Etat de la ligne de front, il pourrait faciliter l'acheminement de l'aide sanitaire auprès des peuples opprimés de Namibie et d'Afrique du Sud. A cet égard, de précieux échanges d'expérience ont déjà eu lieu avec d'autres Etats de la ligne de front, ce qui a permis à son pays d'établir un programme de santé de trois ans destiné à assurer l'équité en matière de santé.

Un certain nombre de projets nationaux d'importance vitale sont en cours, notamment en ce qui concerne la formation des cadres de la santé, les programmes de lutte, la mise en place de systèmes d'information, l'éducation nutritionnelle, les établissements du PEV, la réparation et l'entretien du matériel. Etant donné la gravité de la situation sanitaire et les conséquences politiques et économiques que pourraient entraîner l'inaction ou les attermolements, il demande une fois de plus que l'assistance en matière de santé soit accélérée.

Le PRESIDENT propose que la Commission prenne acte du rapport du Directeur général figurant au document A34/22 Rev.1.

Il en est ainsi convenu.

2. CAISSE COMMUNE DES PENSIONS DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES : Point 43 de l'ordre du jour

Rapport annuel du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies pour 1979 : Point 43.1 de l'ordre du jour (document A34/23)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur le résumé du rapport annuel du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies pour 1979, tel qu'il figure dans le document A33/23.

M. FURTH (Sous-Directeur général) expose que le document A34/23 est présenté à l'Assemblée de la Santé conformément aux Statuts de la Caisse commune des Pensions; il expose brièvement la situation financière de la Caisse et résume les mesures prises par le Comité mixte au cours de sa dernière session. De plus amples renseignements figurent dans le document A35/9 des Nations Unies, qui a été communiqué aux gouvernements; les délégués qui souhaiteraient le consulter en trouveront des exemplaires dans la salle de réunion.

La seule mesure à prendre par l'Assemblée de la Santé consiste à prendre note de l'état des opérations de la Caisse commune des Pensions du Personnel, comme indiqué par son rapport annuel pour l'année 1979 et conformément au rapport du Directeur général.

Décision : La Commission B décide de recommander à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé de prendre note de l'état des opérations de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies, tel qu'il apparaît dans le rapport annuel du Comité mixte de la Caisse pour 1979, dont le Directeur général rend compte dans son rapport.

Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS : Point 43.2 de l'ordre du jour (document A34/24)

Le PRESIDENT fait observer que le point de l'ordre du jour porte sur la désignation d'un membre et d'un membre suppléant du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS pour venir en remplacement du membre et du membre suppléant dont les mandats viennent à expiration,

conformément à un système de roulement qui permet aux différentes Régions d'être représentées. On se rappellera que, hormis les décisions prises en 1976 et en 1979 par l'Assemblée de la Santé de désigner nommément un représentant de l'Assemblée et de le nommer pour une période supplémentaire de trois ans afin d'assurer une plus grande continuité dans la représentation de l'Assemblée au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS et à la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies, l'usage était que l'Assemblée nomme pour représentants des personnes siégeant au Conseil exécutif en retenant les noms d'Etats Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil.

La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé est maintenant invitée à désigner un membre et un membre suppléant pour une période de trois ans, et l'on propose que l'on respecte la pratique habituelle.

Si l'on se range à cet avis, il conviendra de désigner maintenant un membre et un membre suppléant parmi les Etats Membres récemment nommés au Conseil exécutif, en vue de remplacer le membre du Conseil exécutif désigné par le Gouvernement de la Chine et le membre du Conseil exécutif désigné par le Gouvernement du Burundi.

Le Dr XU SHOUREN (Chine) propose le membre du Conseil exécutif désigné par le Gouvernement du Japon comme membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS.

Le Dr MPITABAKANA (Burundi) propose le membre du Conseil exécutif désigné par le Gouvernement des Seychelles comme membre suppléant du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS.

Décision : La Commission B décide de recommander à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé que le membre du Conseil exécutif désigné par le Gouvernement du Japon soit nommé membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS et le membre du Conseil exécutif désigné par le Gouvernement des Seychelles membre suppléant du Comité, la durée de leur mandat étant fixée à trois ans.

3. LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 : Point 21 de l'ordre du jour

Stratégie mondiale : Point 21.1 de l'ordre du jour (résolution WHA32.30, paragraphe 9 l), et document WHA32/1979/REC/1, annexe 2, paragraphe 134; document A34/5 et Add.1)

Le Dr BARAKAMFITIYE (représentant du Conseil exécutif) déclare qu'après des années d'efforts visant à définir une politique sanitaire valable et à formuler des principes concernant sa mise en oeuvre, on dispose enfin d'un excellent projet de stratégie mondiale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Depuis le lancement de la stratégie mondiale par la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, en 1979, de nombreux pays, en développement et développés, ont formulé des stratégies nationales et toutes les régions en ont formulé sur le plan régional. Le projet de stratégie mondiale dont la Commission est saisie se fonde sur le rapport de la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) et sur les principes directeurs énoncés par le Conseil exécutif; il reflète ces stratégies nationales et régionales placées dans une perspective mondiale.

Le projet de stratégie - qui n'est pas un programme mondial détaillé - expose les problèmes et les tendances du monde moderne dans le domaine de la santé et dans les domaines socio-économiques apparentés ainsi que les politiques correspondantes que l'OMS a adoptées ces dernières années. Il présente les principes fondamentaux de la santé pour tous et montre que le développement de la santé et le développement socio-économique sont inextricablement liés et comment l'action sanitaire contribue à l'établissement d'un nouvel ordre économique international. Il indique aussi les mesures à prendre aux échelons national et international pour établir et entretenir des systèmes de santé reposant sur les soins de santé primaires, en donnant toute l'importance nécessaire à l'aménagement d'une infrastructure adéquate, à la coordination au sein du secteur sanitaire, à l'action intersectorielle, à l'emploi d'une technologie appropriée, aux activités individuelles, familiales et communautaires, aux fonctions d'orientation et d'assistance qui incombent, sur ce plan, aux agents de santé, ainsi qu'au contrôle social de l'infrastructure, et à une technologie adaptée aux conditions et traditions de chaque pays. Pour mettre en place de tels systèmes de santé, la stratégie propose des moyens d'obtenir un engagement politique et un soutien économique ainsi qu'un support professionnel et gestionnaire adéquats.

Il serait impossible de réaliser la stratégie sans mobiliser les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires, aussi le document met-il en lumière la nécessité d'une

coopération technique et économique entre pays en vue d'atteindre les objectifs individuels et communs. Pour mesurer les progrès accomplis, il est indispensable de mettre sur pied des processus nationaux de surveillance et d'évaluation et de sélectionner un nombre limité d'indicateurs nationaux; le projet de stratégie présente aussi un certain nombre d'indicateurs mondiaux destinés à assurer la surveillance et l'évaluation à l'échelle régionale et mondiale. Il spécifie ensuite le rôle des différents organes de l'OMS dans la mise en oeuvre de la stratégie et propose que la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé prie le Conseil exécutif de préparer un plan d'action approprié avec le concours du Directeur général et du Secrétariat.

En raison de l'importance capitale que présente pour l'OMS l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, le Conseil exécutif a minutieusement examiné le projet de stratégie mondiale, en tenant compte des directives précises de la résolution WHA32.30 et de la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Qualifiant le document de "monumental", le Conseil a formulé un certain nombre de commentaires sur la base desquels a été établie la version dont la Commission est saisie. En ce qui concerne le style, le temps futur a été jugé le mieux à même d'exprimer l'engagement volontaire des pays de faire le maximum pour réaliser la stratégie. Un certain nombre de répétitions ont été éliminées et l'on s'est efforcé de rendre le texte aussi clair et précis que possible. Le Dr Barakamfitye propose à l'Assemblée de prier le Conseil exécutif d'établir, avec le concours du Directeur général, un plan d'action sur des bases concrètes, après consultations avec les Etats Membres, notamment au sein des comités régionaux, plan d'action qui serait soumis à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1982.

Enfin, il a pris la liberté de préparer le projet de résolution ci-après, espérant qu'il pourra servir de base à la décision historique que la Commission sera certainement amenée à prendre à ce sujet :

La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA30.43, WHA32.30 et WHA33.24 concernant la santé pour tous d'ici l'an 2000 et la formulation de stratégies en vue d'atteindre ce but, ainsi que la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé en tant que partie intégrante du développement;

Ayant examiné la Stratégie que le Conseil exécutif lui a présentée dans le document intitulé "Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000";¹

Considérant que cette Stratégie est un contrat de santé conclu entre les gouvernements, les peuples et l'OMS et constitue un fondement inestimable pour atteindre le but de la santé pour tous d'ici l'an 2000,

1. ADOPTE la Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000;
2. S'ENGAGE totalement au nom de l'OMS à remplir les obligations qui lui incombent dans ce contrat de santé;
3. INVITE les Etats Membres :
 - 1) à conclure de leur propre gré ce contrat de santé et à formuler ou renforcer en conséquence leur stratégie de la santé pour tous;
 - 2) à s'assurer de la participation de la population à tous les niveaux, c'est-à-dire les individus, les familles, les collectivités ainsi que toutes les catégories de personnels de santé, les organisations non gouvernementales et autres associations concernées;
4. PRIE le Conseil exécutif :
 - 1) de préparer sans tarder un plan d'action pour la mise en oeuvre immédiate de la Stratégie et de le présenter, à la lumière des observations des comités régionaux, à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé;
 - 2) de formuler le septième programme général de travail et les programmes généraux de travail ultérieurs en tant qu'appui de l'OMS à la Stratégie;
5. PRIE les comités régionaux :
 - 1) de revoir leur stratégie régionale et de la mettre à jour selon les besoins à la lumière de la Stratégie mondiale;
 - 2) d'examiner le projet de plan d'action du Conseil exécutif pour la mise en oeuvre de la Stratégie et de communiquer leurs observations au Conseil en temps utile pour qu'il les examine à sa soixante-neuvième session en janvier 1982;
6. PRIE le Directeur général :
 - 1) de veiller à ce que le Secrétariat à tous les échelons apporte aux Etats Membres le soutien nécessaire pour mettre en oeuvre la Stratégie;

¹ Document A34/5.

- 2) de suivre sous tous ses aspects la mise en oeuvre de la Stratégie au nom des organes directeurs de l'Organisation et de faire rapport chaque année au Conseil exécutif sur les progrès accomplis et les problèmes rencontrés;
- 3) de présenter la Stratégie au Conseil économique et social et à l'Assemblée générale des Nations Unies en 1981, et par la suite de leur faire rapport périodiquement sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la Stratégie et de la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Le Professeur JAKOVLJEVIĆ (Yougoslavie) explique que son pays avait déjà introduit les soins de santé primaires avant la Conférence d'Alma-Ata. Cette décision avait été prise au niveau politique le plus élevé en vue de combler le fossé, de plus en plus large, qui séparait les prestations sanitaires urbaines et rurales, disproportion jugée socialement, économiquement et politiquement inacceptable. Les soins de santé primaires, en tant que partie intégrante du plan national de santé, ont été mis en place par une loi fédérale garantissant les mêmes droits à tous les citoyens. Aujourd'hui, c'est-à-dire 12 ans après la promulgation de cette loi, la totalité de la population yougoslave bénéficie gratuitement de soins de santé complets. Depuis la Conférence d'Alma-Ata, divers changements ont été apportés aux lois de santé publique dans toutes les républiques et provinces autonomes. Pour définir la santé, on a repris les termes de la Constitution de l'OMS et l'instauration du plus haut niveau possible de santé a été déclarée le but social et économique le plus important. Le développement des services de santé aux fins de répondre aux besoins des habitants à leur lieu de travail et à leur domicile s'est vu accorder la plus haute priorité.

En ce qui concerne la technologie appropriée pour la santé, qui est l'un des points essentiels de la stratégie, la délégation yougoslave est pleinement convaincue, elle aussi, que ses implications sur les plans professionnel, commercial et politique sont énormes. Un aspect de cette technologie intéresse les prestations de santé; le plan de développement social et économique établi pour les cinq prochaines années en Yougoslavie donne la priorité aux services de santé périphériques et n'accorde que des ressources limitées à la construction d'hôpitaux et l'acquisition d'équipements. Pour ce qui est de l'enseignement médical, les écoles de médecine sont considérées comme un instrument social destiné à former des médecins qui auront à exercer leur profession dans et pour la société. Si la technologie appropriée pour la santé dépend, pour une bonne part, des méthodes d'enseignement, il est parfois plus difficile de modifier le système de formation que le système de santé lui-même.

La délégation yougoslave est fermement convaincue que la santé pour tous est un but réaliste, mais il exige des efforts incessants en vue d'axer les systèmes de santé sur les soins de santé primaires de manière à répondre aux véritables besoins de la population. La coopération internationale doit, elle aussi, être orientée vers les soins de santé primaires plutôt que vers la construction d'hôpitaux coûteux. La Yougoslavie, quant à elle, continuera de coopérer avec l'OMS et ses Etats Membres, et tout spécialement avec les pays en développement.

Pour terminer, la délégation yougoslave applaudit au projet de stratégie mondiale dont la Commission est saisie; elle estime cependant que l'on aurait avantage à la rendre plus souple; elle appuie pleinement le projet de résolution présenté par le représentant du Conseil exécutif. Conformément à ses options, elle a également décidé d'être coauteur du projet de résolution incitant à la coopération pour aider les pays à élaborer et à exécuter leur stratégie nationale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, projet proposé par les délégations des pays suivants : Afghanistan, Angola, Cap-Vert, Chypre, Cuba, Guinée-Bissau, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Mozambique, Nicaragua, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, et Sri Lanka. Ce projet est ainsi libellé :

La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant en considération l'importance que les membres du Groupe des pays non alignés et d'autres pays en développement intéressés attachent à la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Tenant compte de ce que certains pays n'ont pas encore mené à leur terme les premières mesures indispensables qu'appellent l'élaboration et l'exécution de leur stratégie nationale de la santé pour tous;

Convaincue que les pays susmentionnés ont besoin de toute urgence d'un soutien spécial pour leur permettre de surmonter leurs difficultés et de participer activement aux tâches que tous les Etats Membres doivent accomplir pour développer leur stratégie nationale;

Considérant les prévisions de dépenses récapitulées dans le document A34/5 intitulé "Stratégie mondiale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000" et tenant compte du fait que les pays en développement, dont la majorité font partie du mouvement des pays non alignés, ne disposent pas de telles ressources,

1. PRIE instamment tous les Etats Membres de soutenir les efforts financiers déployés par l'OMS et ses organes directeurs pour faire en sorte que les ressources concordent avec les besoins et pour tirer parti au maximum des ressources disponibles en vue d'aider les pays qui en ont le plus besoin;
2. INVITE les Etats Membres à coopérer avec les pays en développement et à les aider à surmonter les obstacles qui entravent l'élaboration de leur stratégie de la santé pour tous;
3. DEMANDE à tous les Etats Membres qui en ont les moyens d'accroître leurs contributions bénévoles à l'OMS en vue de mettre en oeuvre la stratégie de la santé pour tous dans les pays qui ne sont pas en mesure de le faire avec leurs propres ressources;
4. INVITE les institutions, les programmes et les fonds compétents du système des Nations Unies, ainsi que d'autres organes intéressés, à fournir un appui financier et autre aux pays en développement pour la mise en oeuvre des stratégies nationales visant à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000;
5. PRIE le Directeur général de prendre les mesures nécessaires pour faire en sorte que l'OMS contribue de façon notable à la promotion de la coopération en vue d'aider les pays en développement à mettre en oeuvre leur stratégie nationale de la santé pour tous, et de faire rapport sur les résultats de cette action à une future Assemblée mondiale de la Santé.

M. VOHRA (Inde) constate que le document présenté par le représentant du Conseil exécutif n'est ni un compendium de programmes régionaux ni un programme mondial mais, avant tout, un projet de stratégie. Après l'avoir minutieusement étudié, il se trouve incapable d'y trouver un seul point qui n'ait été traité dans un contexte exact et dans une proportion correcte. La substance de la stratégie a été examinée jusqu'à présent sous divers titres - soit en rapport avec les soins de santé primaires, soit lors des discussions techniques, soit, à certains égards, à propos de la restructuration de l'OMS. Ce genre de chose est inévitable étant donné que les problèmes fondamentaux restent essentiellement les mêmes quel que soit l'angle sous lequel on les considère. Puisque chacun reconnaît que la santé est un élément essentiel du développement, il est tout à fait logique de formuler un plan d'action efficace.

On a dit à bon droit que l'ingrédient essentiel de la stratégie était l'engagement politique. Depuis la Conférence d'Alma-Ata, une prise de conscience politique s'est fait jour dans tous les pays; elle mène à un engagement pratique sans lequel la stratégie resterait lettre morte. Après le soutien politique, viennent le soutien économique et le support gestionnaire. En ce qui concerne la mobilisation d'importantes ressources économiques, nécessaires à une réalisation d'une telle ampleur, il est regrettable que le Conseil exécutif n'ait pas accepté d'accorder au groupe de ressources sanitaires pour les soins de santé primaires le type de mandat qu'aurait exigé un succès rapide dans ce domaine. Il faut espérer qu'à la longue, le Conseil saura faire complètement confiance au Directeur général, le sachant capable de procéder de manière judicieuse à la mobilisation et à l'allocation des ressources.

Une autre question majeure est de savoir comment le Siège de l'OMS se propose de mesurer la mise en oeuvre de la stratégie par les différents Etats Membres. En fin de compte, la seule manière d'évaluer les progrès d'un programme aussi vaste et multisectoriel est d'établir des indicateurs nationaux pour chacun des domaines dotés d'objectifs spécifiques. Les données statistiques, obtenues sur la base de principes largement reconnus, devraient être universellement acceptées, qu'il s'agisse de mortalité infantile, de l'incidence des maladies transmissibles ou de tout autre sujet.

Un autre point à examiner est le rôle des comités régionaux. Grâce au travail accompli dans les divers pays et bureaux régionaux, on dispose d'un volume important de matériel représentant les aspirations et les besoins nationaux. Peut-être les Directeurs régionaux devraient-ils prendre l'initiative d'organiser, lorsque c'est nécessaire, des consultations analogues en vue de dresser une liste convenue d'indicateurs susceptibles de servir de mesure aux futures activités. Le Conseil exécutif pourrait alors se servir de ces indicateurs pour évaluer les progrès réalisés dans chaque Région. La stratégie ne fonctionnera que si tous les pays avancent ensemble dans une direction donnée, à un rythme déterminé.

En conclusion, la délégation indienne accorde son ferme appui au document dont la Commission est saisie; elle approuve les paramètres et les possibilités indiqués, sous réserve que le projet de résolution mette davantage l'accent sur le rôle des comités régionaux et de leurs directeurs, afin que les pays eux-mêmes soient informés de leurs points faibles éventuels.

Le Dr HAPSARA (Indonésie) dit que, dans son pays, la réorientation des services de santé nationaux, entamée un an et demi plus tôt, est encore en voie d'exécution. Le projet de stratégie mondiale tel que le présente le document A34/5 constituera un guide des plus utiles pour cette réorientation.

Pour que ce document puisse guider les stratégies nationales, il faut qu'il insiste davantage sur le processus de développement national; il conviendrait notamment d'y ajouter une section traitant de la planification du développement national à long terme. Ce complément aurait de nombreux avantages; il aurait un effet stimulant sur la prise de décisions et sur l'opinion publique et serait également bénéfique sur le plan éducatif.

La stratégie ne donne pas suffisamment d'importance aux soins de santé primaires. Elle devrait aussi mieux indiquer comment les pays doivent procéder pour formuler leurs plans d'action nationaux spécifiques. L'effort national doit reposer avant tout sur les personnels nationaux et seulement ensuite sur l'aide d'institutions extérieures comme l'OMS.

Le Dr Hapsara attire l'attention des membres de la Commission sur certaines erreurs et omissions qu'il a relevées dans le document A34/5. Au paragraphe 28 de la section III, il est fait référence au paragraphe 38 de la même section alors que ce paragraphe n'existe pas. Il pense aussi que le document n'insiste pas suffisamment sur le programme des médicaments essentiels et que la question de l'évaluation des systèmes nationaux de santé n'est pas suffisamment développée.

La délégation indonésienne peut, en principe, approuver le projet de résolution proposé par le représentant du Conseil exécutif.

Le Dr JIN CHUNG KUK (République démocratique de Corée) déclare que, pour que la stratégie soit un succès, chaque pays doit mobiliser ses propres ressources et ne compter que sur ses forces tout en s'attachant à développer la coopération mutuelle entre Etats Membres. C'est dans cet esprit que son pays est coauteur du projet de résolution présenté par le délégué de la Yougoslavie.

Le Dr HOPKINS (Etats-Unis d'Amérique) accueille avec satisfaction l'apparition d'une stratégie mondiale. En moins de trois ans, c'est-à-dire depuis la Conférence d'Alma-Ata en 1978, l'OMS est passée de la définition du concept de santé pour tous à la formulation définitive de la stratégie dans le document dont est maintenant saisie la Commission. Bien que son importance ne fasse pas de doute, on pourrait se demander si cet objectif n'est pas trop ambitieux dans un monde où de nombreux habitants sont encore frappés par la maladie. Toutefois, dans la mesure où chaque pays appliquera la stratégie en fonction de son propre niveau de développement et compte tenu des ressources dont il dispose, on peut dire que l'objectif de la santé pour tous n'est pas irréalisable.

Les mesures mises en oeuvre par les Etats-Unis visent à permettre une amélioration permanente de la santé de l'ensemble de la population, tout en accordant une attention particulière aux plus gravement défavorisés. La responsabilité des principaux programmes de santé a été décentralisée, de sorte que la formulation des politiques et l'affectation de ressources dépend maintenant davantage de chaque Etat que du Gouvernement fédéral. Des efforts importants sont accomplis pour maintenir le niveau de la recherche biomédicale et en santé publique en dépit de l'austérité économique croissante.

Les Etats-Unis considèrent que le concept de la santé pour tous s'applique aussi bien aux nations développées qu'aux nations en développement. Tous les pays, au cours de leur passage d'un stade de développement à un autre, doivent faire face à divers problèmes de santé : une fois que les pays les plus pauvres ont réussi à lutter avec succès contre le paludisme et la malnutrition, ils voient apparaître les maladies cardio-vasculaires et le cancer, alors que les pays plus riches, une fois parvenus à lutter contre ces maladies, doivent faire face à des problèmes tels que la pollution de l'environnement, l'abus des drogues et l'alcoolisme. Chaque pays doit donc faire face à un double défi : permettre à tous d'avoir accès aux soins de santé primaires et veiller que ces soins soient adaptés aux problèmes spécifiques auxquels sa population doit faire face.

L'élaboration d'indicateurs de santé et de soins de santé est essentielle à la mise en oeuvre de stratégies nationales, régionales et mondiale en vue d'atteindre la santé pour tous. Ces

indicateurs sont de trois types : ceux qui montrent que l'on a fixé des objectifs précis, par exemple réduire la mortalité infantile; ceux qui permettent d'évaluer ou de surveiller les activités permettant d'atteindre ces objectifs, par exemple la vaccination d'un pourcentage donné d'enfants; et enfin, ceux qui ont trait aux résultats véritablement enregistrés, tels que la baisse de la mortalité infantile. Ces indicateurs peuvent permettre à la fois d'orienter les activités et d'évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs. Ce qui est important, c'est que tous les pays élaborent des indicateurs qui soient adaptés à leur stade de développement, et utilisent ces indicateurs pour améliorer la santé de l'ensemble de la population et répondre aux besoins particuliers de certains sous-groupes.

Parmi les indicateurs suggérés dans le document sur la stratégie mondiale pour la surveillance et l'évaluation, on peut citer le nombre de pays développés où au minimum 0,7 % des dépenses de santé sont consacrées à l'appui aux stratégies de la santé pour tous dans les pays en développement. Il ne pense pas qu'il soit bon de fixer arbitrairement un chiffre comme 0,7 %, car cela reviendrait en quelque sorte à définir ce qui est souhaitable. Il faut qu'une coopération diversifiée s'instaure entre les pays en développement et entre les pays moins développés et les pays plus développés, mais les efforts en vue de cette coopération ne doivent pas être jugés par rapport à un pourcentage donné. L'utilisation d'un tel chiffre accorde également une importance injustifiée au rôle des pays donateurs, alors qu'il faudrait souligner les besoins du pays bénéficiaire. Il propose par conséquent de supprimer le paragraphe 11.4) de la section V et le paragraphe 6.6) de la section VII du document sur la stratégie mondiale.

Le Dr PLIANBANGCHANG (Thaïlande) déclare que le projet de stratégie mondiale repose sur les mesures prises au niveau national pour faire face au défi que constitue l'objectif d'une meilleure santé pour l'ensemble de la population et sur une exploitation accrue des ressources humaines qui sont essentielles au développement général. De nombreux pays ont obtenu des résultats satisfaisants à la suite de l'élaboration de politiques et de stratégies nationales reposant sur les résultats de la Conférence d'Alma-Ata consacrée aux soins de santé primaires. Il faut toutefois traduire ces stratégies en mesures concrètes, et les pays devraient réaffirmer et intensifier leur engagement si l'on veut atteindre l'objectif de la santé pour tous. Il appuie sans réserve le projet de stratégie tel qu'il figure dans le document A34/5.

Mlle HATA (Japon) appuie également le projet de stratégie, notamment l'approche proposée dans la section VII pour la surveillance et l'évaluation des progrès réalisés. Les 12 indicateurs proposés ne tiennent cependant pas compte de la nécessité de disposer d'informations sur l'évolution des principales maladies qui touchent une grande partie de la population mondiale, telles que les maladies infectieuses et parasitaires, les troubles nutritionnels, les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Ces facteurs devraient figurer dans le projet.

Certains des indicateurs proposés pourraient ne pas convenir à toutes les situations. Par exemple, le taux d'alphabétisation de la population adulte ne traduit plus le développement social dans la plupart des pays industrialisés, où il est plus important de connaître le niveau de la prise de conscience de l'importance de la santé pour la prévention des maladies et des handicaps, ou pour en réduire la prévalence. Parmi les autres indicateurs utiles, on peut citer le vieillissement de la population et l'environnement.

Bien que les indicateurs constituent un moyen pratique de résumer certains aspects de la situation sanitaire et socio-économique d'un pays, ils ne sont que l'un des outils qui permettent de surveiller et d'évaluer les progrès en matière de santé. Il faut également tenir compte de statistiques plus détaillées, y compris les fréquences de distribution. Il existe au Japon une publication intitulée "Evolution de la santé de la nation" qui présente une analyse de l'évolution économique et sociale du statut sanitaire de la population ainsi que de l'organisation et du fonctionnement des services de santé; cette publication est largement utilisée par le personnel de santé et permet, avec l'"Abrégé de statistiques de la santé et du bien-être" d'obtenir, outre des indicateurs, des informations très importantes pour évaluer l'évolution de la situation sanitaire.

Enfin, on ne peut obtenir d'indicateurs fiables sans un mécanisme approprié de collecte et d'analyse des statistiques. Le projet de stratégie devrait mettre davantage l'accent sur l'importance de l'élaboration et de l'entretien d'un système statistique, et il est urgent d'entreprendre au niveau international de nouvelles discussions sur les problèmes associés à l'amélioration de ces systèmes. Tous les pays Membres où le personnel médical est trop peu nombreux devraient accorder une attention particulière aux approches nouvelles, telles que la notification par un non-spécialiste d'informations sanitaires.

M. PATEL (Conférence des Nations Unies pour le Commerce et le Développement), prenant la parole à l'invitation du Président, déclare que la CNUCED a été très heureuse d'accepter l'invitation du Directeur général à participer à la préparation du projet de stratégie mondiale. Cette stratégie reconnaît la santé comme un droit fondamental, et définit les mesures nécessaires pour garantir la santé à l'ensemble de l'humanité. Elle met particulièrement l'accent sur les moyens de réduire les disparités qui existent depuis longtemps entre les installations sanitaires du monde développé d'une part et du monde en développement de l'autre.

La CNUCED s'est également attachée à remédier à ces disparités, et a pris plusieurs initiatives pour modifier la structure des rapports entre les pays développés et les pays en développement, notamment en matière économique. La stratégie donnera une nouvelle dimension aux efforts mis en oeuvre afin de modifier ces rapports et d'instaurer le nouvel ordre économique international.

Le tiers monde est encore plus en retard en matière de santé qu'en matière économique. Sur un total de plus de 600 milliards de dollars dépensés en 1980 pour les soins de santé dans le monde - c'est-à-dire plus que pour les dépenses militaires - plus de 90 % étaient consacrés aux soins des populations des pays développés. Les dépenses de santé par habitant dans ces pays s'élèvent à plus de 500 dollars par an, contre à peine 15 dollars dans le tiers monde. Un tel fossé ne pourrait être comblé simplement en accroissant les dépenses de santé par habitant dans les pays en développement, et c'est pourquoi la nouvelle approche proposée dans la stratégie mondiale est accueillie avec autant de satisfaction.

La nécessité de rationaliser les dépenses de santé n'est nulle part aussi pressante que dans le monde en développement, et une coopération extrêmement fructueuse s'est établie entre la CNUCED et l'OMS afin d'élaborer de nouvelles politiques en matière de produits pharmaceutiques. Il espère que cette coopération se poursuivra.

Les mesures proposées dans le projet de stratégie pour assurer la santé pour tous impliquent des innovations en matière de technologie sociale. La CNUCED a participé étroitement à la formation de politiques technologiques et à la planification du développement de pays du tiers monde, et elle espère collaborer étroitement avec l'OMS afin que le rêve de la santé pour tous devienne une réalité.

M. BERWAERTS (Belgique) déclare que sa délégation considère que les pays industrialisés ont une responsabilité envers les pays en développement, et qu'il faut faire un effort commun afin de lutter contre l'accroissement des inégalités. La délégation belge est également convaincue que seul le développement des activités de soins de santé primaires peut permettre d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il demande aux pays industrialisés de fournir une contribution plus importante aux pays en développement par l'intermédiaire de l'OMS, et aux pays en développement d'identifier leurs besoins de sources de fonds extérieures pour la formulation de stratégies nationales. L'Organisation mondiale de la Santé devrait aider les pays en développement à identifier ces besoins.

Le Dr WROBLEWSKI (Pologne) réitère les sentiments exprimés par le Ministre polonais de la Santé et des Affaires sociales en séance plénière pour qui la Déclaration d'Alma-Ata marque un tournant dans les activités de l'Organisation mondiale de la Santé. Il est clair que tout programme gouvernemental doit reconnaître la santé, et notamment les soins de santé primaires, comme l'une des principales priorités que doit se fixer l'Etat en matière économique et sociale. Les problèmes écrasants auxquels doivent faire face les pays en développement - taux de mortalité infantile très important, malnutrition, maladies diarrhéiques, maladies à vecteurs, etc. - montrent que le secteur sanitaire seul ne pourra parvenir à la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le Gouvernement polonais a pris conscience que la coopération économique et technique entre pays est essentielle à la réalisation de la santé pour tous, et qu'aucun pays ne peut se suffire totalement mais doit s'efforcer de parvenir à l'autoresponsabilité.

Il déclare que l'analphabétisme, la malnutrition, le paludisme ou la schistosomiase ont disparu de Pologne et que le taux de mortalité infantile y est d'environ 20 décès pour 1000 naissances vivantes. Toutefois, la prévalence des maladies cardio-vasculaires, du cancer et des problèmes de santé liés à l'environnement augmente chaque année. Tous ces problèmes l'ont convaincu de la nécessité de la solidarité internationale pour surmonter les obstacles qui se dressent sur la voie de la santé pour tous.

Les services nationaux de santé polonais couvrent environ 99 % de la population et incluent un système de soins de santé primaires doté d'une structure complète de services d'appui et d'aiguillage/recours. Un système d'enseignement médical postuniversitaire continu, considéré comme faisant partie de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, fonctionne depuis

30 ans. Dans le cadre de la coopération internationale, les services de santé polonais pourront organiser des séminaires et des cours de formation sur la méthodologie et l'organisation de l'enseignement postuniversitaire pour le personnel des services de santé et faire ainsi bénéficier de leurs connaissances d'autres Etats Membres de l'OMS.

Le Dr GOMES (Cap-Vert) souligne qu'il ne faut pas oublier que les soins de santé doivent reposer sur un système global. Chaque pays devrait veiller que ses systèmes de soins de santé soient en accord avec la Déclaration d'Alma-Ata et permettent de promouvoir les soins de santé primaires. L'excellent document consacré à la stratégie mondiale fournit d'importantes directives, mais doit être adapté à la situation de chaque Etat Membre. La coopération avec des organisations internationales et avec d'autres pays sera très importante à cet égard.

Le Dr MPITABAKANA (Burundi) déclare que le Burundi souscrit pleinement à l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et a choisi en décembre 1976 un système médical intégré mettant particulièrement l'accent sur la médecine préventive et l'éducation pour la santé. On a élaboré une stratégie nationale qui est actuellement mise en oeuvre, et en outre le Burundi figure parmi les signataires de la Charte pour le développement sanitaire de la Région d'Afrique. La délégation du Burundi souhaite également réaffirmer son appui à la stratégie mondiale.

Le Dr FERREIRA (Mozambique) déclare que le succès de l'excellente stratégie en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000, qui a été rédigée en si peu de temps, dépend de facteurs nationaux étant donné qu'aucun programme ne pourrait être un succès si chaque pays ne crée pas les conditions nécessaires à ce succès.

Le programme sanitaire du Mozambique fait partie intégrante de la stratégie globale du développement socio-économique. La lutte est actuellement menée contre la pauvreté, la faim, l'analphabétisme et la maladie, et une volonté et une discipline sont nécessaires au succès de cette lutte. La participation de la communauté, par l'intermédiaire de l'Association des Femmes du Mozambique, d'organisations de jeunes et de conseils de production entre également dans le cadre des efforts nationaux. Bien que des facteurs nationaux soient fondamentaux, la situation internationale générale est également importante et la paix et la sécurité du monde sont essentielles à la réalisation de la santé pour tous. Il faut également instaurer un nouvel ordre économique, qui recouvre également le transfert de ressources, comme proposé par l'Assemblée générale des Nations Unies. Les pays développés doivent se rappeler qu'une large partie de leurs richesses provient des pays pauvres. L'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies doivent veiller que le transfert de ressources ne place pas le pays bénéficiaire en position de faiblesse. Enfin, il souligne que l'engagement national ainsi que la paix et la détente dans le monde sont essentiels à la réalisation de la santé pour tous, de même que le transfert des ressources et l'évaluation permanente de la situation.

Le Dr CHRISTIANSEN (Norvège) remercie au nom des cinq pays scandinaves le Directeur général et ses collaborateurs de l'appui qu'ils ont fourni aux Etats Membres, aux comités régionaux, au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé pour la formulation d'une stratégie de la santé pour tous. Il espère que la stratégie mondiale basée sur les soins de santé primaires deviendra une étape importante de l'histoire sociale. Bien que le concept de soins de santé primaires n'ait été défini que lentement, il constitue une approche entièrement nouvelle des services de santé et suppose une modification des priorités. La stratégie de la santé pour tous recouvre tous les domaines de développement communautaire et ne peut se limiter au seul secteur de la santé. L'Assemblée générale des Nations Unies a confirmé en novembre 1977 que la santé fait partie intégrante du développement, et il est maintenant important de mettre en oeuvre cette stratégie aux niveaux national, régional et mondial. La réalisation de la santé pour tous implique un engagement politique et la mise en oeuvre de mesures d'une vaste portée pour lutter contre la pauvreté et modifier les structures socio-économiques actuelles. L'OMS devrait être prête à faire face aux conflits qui apparaîtront pour la possession de ressources rares, ou à une confrontation avec des intérêts commerciaux et professionnels qui ne vont pas dans le sens de la santé pour tous.

Les pays scandinaves pensent que la santé offre aux Etats Membres et aux organisations internationales une possibilité exceptionnelle de coopération internationale. La stratégie mondiale devrait permettre de donner une impulsion au développement de la santé et par conséquent au développement économique et social. Ils appuient donc la proposition selon laquelle l'Assemblée de la Santé devrait demander au Conseil exécutif d'établir sans retard un plan d'action afin de surmonter les obstacles et de permettre le succès de la stratégie mondiale.

L'objet de ce plan d'action devrait être d'aider les gouvernements à mettre en oeuvre leur stratégie, d'entraîner la participation de tous les organes intéressés du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales pour la mise en oeuvre d'actions concertées de santé pour tous, et de mobiliser et de transférer les ressources nécessaires. Ce plan d'action devrait également inclure des mesures concrètes destinées à atteindre des objectifs généraux tels que l'approvisionnement en eau de boisson saine et l'assainissement, une bonne nutrition, la vaccination contre les principales maladies infectieuses de l'enfant et la fourniture des médicaments essentiels.

Les mesures nécessaires pour atteindre ces objectifs seront des mesures intersectorielles et le plan d'action doit permettre de disposer d'un cadre général assurant la cohérence de ces mesures. Il devra également inclure des dispositions permettant de surveiller le flux de ressources.

Faisant référence à la page 69 du document A34/5, qui fixe à 0,7 % des dépenses de santé des pays développés l'objectif à atteindre en matière de transfert de ressources vers les pays en développement, il déclare que les pays scandinaves appuient le développement international et que leur contribution dépasse en fait déjà ce pourcentage, mais expriment quelque réserve en ce qui concerne l'établissement d'un lien entre l'importance du transfert de ressources et les dépenses de santé étant donné qu'un tel lien serait contraire aux principes de la programmation par pays très souvent appliqués en matière de coopération pour le développement. Il pourrait également créer un précédent qui, s'il était appliqué à d'autres secteurs, pourrait avoir des conséquences imprévisibles.

Enfin, au nom des délégations du Danemark, de la Finlande, de l'Islande, de la Suède et de la Norvège, il accueille avec satisfaction et appuie la demande du représentant du Conseil exécutif en faveur de la mise en oeuvre de mesures.

La séance est levée à 18 h 05.

= = =