



QUARANTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

COMMISSION A

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA TROISIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Jeudi 7 mai 1987, 14 h 30

PRESIDENT : Dr S. D. M. FERNANDO (Sri Lanka)



Sommaire

Page

Projet de budget programme pour l'exercice 1988-1989 (suite)

Questions de politique programmatique (suite) 2

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 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, cela avant le 1^{er} juillet 1987.

Le texte définitif sera publié ultérieurement dans : Quarantième Assemblée mondiale de la Santé : Procès-verbaux des commissions (document WHA40/1987/REC/3).

TROISIEME SEANCE

Jeudi 7 mai 1987, 14 h 30Président : Dr S. D. M. FERNANDO (Sri Lanka)

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 1988-1989 : Point 18 de l'ordre du jour (documents PB/88-89 et EB79/1987/REC/1, Partie II) (suite)

Questions de politique programmatique : Point 18.2 de l'ordre du jour (documents PB/88-89 et EB79/1987/REC/1, Partie II, chapitre II) (suite)

Le Professeur FORGACS (représentant du Conseil exécutif) déclare qu'il aimerait répondre tout d'abord aux questions soulevées par plusieurs délégations, dont celles du Brésil, du Chili et du Venezuela, lors de la séance précédente au sujet de la façon dont le projet de budget programme pour 1988-1989 subissait les répercussions tant de la réduction d'un montant de US \$2 920 000 prévue dans la résolution portant ouverture de crédits que des réductions dans l'exécution du budget programme décrites dans l'annexe I du rapport du Conseil exécutif (document EB79/1987/REC/1). Il sera noté que la résolution portant ouverture de crédits proposée par le Conseil figure dans la résolution EB79.R4, qui recommande un budget effectif de US \$633 980 000, soit US \$2 920 000 de moins que les US \$636 900 000 proposés à la page 27 du document PB/88-89. Cette réduction correspond à une diminution des dépenses réglementaires résultant des mesures prises par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 1986, et elle a été calculée globalement par section et non pas programme par programme. Pour chaque programme, elle aura pour conséquence une diminution, proportionnelle aux augmentations de coût, mais ces diminutions n'ont pas d'incidence sur les projets de programmes en tant que tels.

S'agissant de la seconde série de questions sur la baisse attendue des recettes du budget ordinaire de 1986-1987, et éventuellement de celui de 1988-1989, en raison du non-paiement d'une importante proportion des contributions fixées, le Professeur Forgacs déclare que le Directeur général a été obligé de prendre des mesures provisoires et conjoncturelles pour 1986-1987 correspondant à un montant de US \$35 millions, et de prévoir des mesures analogues pour 1988-1989 d'un montant de US \$50 millions, afin d'éviter que l'Organisation se trouve dans une situation où elle ne pourrait s'acquitter de ses obligations financières. Ces mesures sont décrites à l'annexe I de la Partie II du document EB79/1987/REC/1. Les délégués souhaiteront peut-être faire des observations sur les réductions conjoncturelles prévues, mais les propositions budgétaires restent telles que les énonce le document PB/88-89.

INFRASTRUCTURE DES SYSTEMES DE SANTE (section 2 : documents PB/88-89, pages 67-104 et EB79/1987/REC/1, Partie II, chapitre II, paragraphes 22-32) (suite)

Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (programme 4)

Le Professeur FORGACS (représentant du Conseil exécutif) déclare que le Conseil se félicite de l'importance accordée au rôle de la collaboration intersectorielle ainsi qu'à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 par des secteurs autres que celui de la santé. Le Conseil appuie fermement les activités de l'Organisation à l'appui des efforts des pays pour renforcer les systèmes de santé de district, notamment au moyen de bonnes méthodes gestionnaires et opérationnelles, telles que la décentralisation administrative et financière, ainsi que l'identification et la formation de responsables et de gestionnaires de niveau intermédiaire. Le Conseil estime qu'il est nécessaire d'accorder davantage d'attention aux soins de santé primaires dans les districts urbains et que le rôle des hôpitaux a besoin d'être réévalué pour déterminer comment ceux-ci peuvent appuyer plus efficacement tous les niveaux du système de soins de santé dans le contexte des soins de santé primaires.

Le Dr LIU Hailin (Chine) exprime son appui au programme 4, qui fait de l'organisation du système de santé district une composante essentielle des soins de santé primaires. Il se félicite de l'importance accordée au renforcement des personnels de santé essentiels. Les soins de santé primaires offrent un moyen très important de réaliser l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le concept de soins de santé primaires a toujours été fermement appuyé par le Gouvernement chinois et constitue le fondement des services de santé en Chine. Sur une population d'un milliard d'habitants, 800 millions sont des paysans; c'est donc uniquement grâce à une solide infrastructure de santé urbaine et surtout rurale que l'on peut fournir à l'ensemble de la population des soins de santé préventifs et curatifs englobant la santé maternelle et infantile, la planification familiale et d'autres services. En Chine, il y a des milliers d'hôpitaux de district, plus de 4000 centres de santé communautaires et environ 625 000 postes sanitaires de village, qui tous ont aidé le pays à combattre la maladie et à s'acheminer vers la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Si la Chine progresse dans la fourniture de services de santé, elle est néanmoins un pays en développement et ne peut pas encore satisfaire tous les besoins de la population. La délégation chinoise apprécie la proposition du Conseil exécutif de renforcer la coopération internationale dans le domaine des soins de santé primaires et estime qu'il est nécessaire de multiplier les efforts pour former des personnels de soins de santé primaires au niveau local et pour déployer et utiliser rationnellement ces personnels. La Chine a l'intention de poursuivre et de renforcer sa coopération avec l'OMS en matière d'organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

Le Dr KHALID BIN SAHAN (Malaisie) fait part de son appui aux propositions budgétaires concernant le programme 4 et se félicite de l'augmentation réelle, encore que faible, de l'enveloppe budgétaire. Il prend également note de l'augmentation des allocations au niveau des pays et estime que la poursuite de l'appui au programme est cruciale pour la stratégie de la santé pour tous. Il souhaite évoquer spécialement la question de l'appui économique à la stratégie, premièrement, du fait de la récession économique actuelle et de la diminution des ressources des pays qui pourraient être défavorables à son application et, deuxièmement, en raison des discussions techniques sur l'appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous qui se déroulent actuellement. Les quatre domaines extrêmement importants couverts par les discussions techniques ont donné lieu à des échanges intéressants et instructifs dans les groupes de travail; il est certain que les discussions déboucheront sur des recommandations importantes et utiles. L'Assemblée de la Santé souhaitera peut-être considérer et adopter une résolution fondée sur ces recommandations et le Dr Liu Hailin souhaite qu'il soit pris acte de l'intention de sa délégation de rédiger ce projet de résolution en temps voulu.

Le Professeur WESTERHOLM (Suède) déclare que les facteurs qui suscitent et réduisent les inégalités en matière de santé sont habituellement liés aux stratégies économiques d'ordre général et aux politiques spécifiques de secteurs liés à la santé; par conséquent, l'action intersectorielle en faveur de la santé est souvent la seule approche réaliste, et certainement la plus rentable, pour améliorer l'état de santé des groupes défavorisés tant dans les pays riches que dans les pays pauvres. La résolution WHA39.22 rappelle l'importance de ces déterminants socio-économiques de la santé. En attendant le rapport du Directeur général à la prochaine Assemblée de la Santé sur l'exécution des activités recommandées par cette résolution, elle souhaite souligner l'importance de certaines activités présentées au titre du programme 4.

Premièrement, l'OMS doit favoriser la formulation de buts spécifiquement orientés vers l'équité, qui seraient exprimés en termes d'amélioration de la santé des groupes défavorisés tels que les économiquement faibles en milieu rural, les habitants des taudis urbains et ceux qui ont une activité professionnelle dangereuse. L'état de santé de ces groupes et son évolution devraient alors servir d'indicateur pour évaluer la qualité du développement. Deuxièmement, il convient d'intensifier les efforts pour appuyer les actions intersectorielles spécifiques orientées vers l'équité en matière de santé aux niveaux des pays et des districts, qui ont trait à l'éducation, à l'agriculture, à l'alimentation et à la nutrition, aux conditions de travail et à l'hygiène du milieu et à l'assainissement des collectivités. Pour faciliter ce type de coopération technique, il est extrêmement important de mettre au point des méthodes appropriées d'analyse de l'impact sur la santé. Troisièmement, il faut accorder une priorité élevée à la promotion de la recherche multidisciplinaire portant sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé. La recherche pratique sur les causes d'inégalités en matière de santé et les moyens possibles de combattre ces inégalités dans des pays donnés devrait être

prioritaire. Enfin, il importe que l'OMS conduise ces activités en étroite coopération avec d'autres institutions des Nations Unies telles que la FAO, l'UNESCO, le PNUE et le BIT. Les institutions des Nations Unies doivent être en première ligne pour l'élaboration de politiques sanitaires orientées vers l'équité dans le contexte de leurs propres politiques sectorielles aux niveaux mondial et régional.

Le Dr MAGANU (Botswana) estime que le programme 4 est l'un des plus importants de l'OMS et qu'il faut lui accorder la priorité qu'il mérite, car il vise à rendre les soins de santé primaires opérationnels et à instaurer l'équité. Au Botswana, le programme a servi à renforcer la capacité gestionnaire, y compris les structures permettant l'engagement communautaire. En collaboration avec la Division du Renforcement des Services de Santé de l'OMS, des ateliers de formation ont été organisés à l'intention d'équipes sanitaires de district. Egalement avec l'appui de cette Division, le Botswana a lancé un programme destiné à améliorer le rôle joué par les agents de santé communautaires, qui portent le nom d'éducateurs de protection familiale, dans la prestation de soins de santé à l'échelon des villages.

La délégation du Botswana se félicite de constater que le programme continuera à appuyer les autorités nationales dans l'analyse des politiques et des stratégies sanitaires ainsi que dans leur surveillance et leur évaluation, et que l'OMS recueille des témoignages sur l'expérience acquise par les pays et diffuse les données ainsi réunies. S'agissant du développement des systèmes de santé de district, le Botswana réunit aussi ce type d'informations pour que son expérience puisse servir à d'autres pays et pour rester ouvert à des critiques qui ne peuvent que l'aider à améliorer ses propres services de santé.

L'expérience du Botswana en matière de prestation de services intégrés, notamment dans le domaine de la santé maternelle et infantile, a été extrêmement positive. Avec l'encouragement de l'OMS, de nombreux projets pilotes ont été fructueusement exécutés et l'approche intégrée est maintenant adoptée dans tous les districts, pour le plus grand profit aussi bien des personnels de santé que des populations desservies.

La délégation du Botswana prend note avec certaines appréhensions du fait que l'enveloppe budgétaire de la Région de l'Afrique au titre du programme 4 enregistre une diminution; elle espère que cette réduction ne mettra aucunement en péril les importantes activités entreprises dans le cadre de ce programme et que des fonds extrabudgétaires seront disponibles pour les pays désireux d'élargir leur action.

Le Dr SEKERAMAYI (Zimbabwe) appuie le programme proposé car l'institution de soins de santé primaires dans des pays comme le sien est la clé de l'obtention de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il faut, certes, tenir compte des contraintes économiques, mais l'institution de soins de santé primaires constitue l'un des moyens les plus efficaces d'atteindre à moindre coût l'objectif de la santé pour tous. La question a été examinée par les pays membres du Mouvement des non-alignés et par d'autres pays en développement, et une résolution a été rédigée pour être présentée à l'Assemblée de la santé; ces pays espèrent qu'elle sera appuyée par toutes les délégations.

Le Professeur BERTAN (Turquie) appuie l'allocation budgétaire proposée pour le programme relatif à l'organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires pour 1988-1989. Toutefois, la petite augmentation du budget ordinaire qui est indiquée à la page 91 du document PB/88-89 aurait peut-être dû être calculé plus largement compte tenu de la faiblesse de l'infrastructure de soins de santé primaires dans de nombreux pays africains. L'OMS devrait continuer à soutenir les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires à tous les niveaux.

Un nouveau projet de loi relatif à la santé a récemment été soumis à l'approbation de l'Assemblée nationale turque : il vise à assurer un meilleur soutien économique aux services de santé et à renforcer ainsi les soins de santé primaires. Cette loi prévoit l'égalité des soins de santé pour tous, et insiste particulièrement sur les services de santé préventifs. De plus, si elle est promulguée, elle contribuera notablement au développement des ressources humaines et assurera une intégration des services de santé dispensés par différents secteurs dépendants du Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale avec la création d'une structure d'orientation-recours plus efficace qui permettra de lutter contre le surcroisement des hôpitaux; elle permettra aussi de mettre en place une nouvelle forme de gestion financière des services de santé dans laquelle les services curatifs seront en grande partie autofinancés sur la base d'un système unifié d'assurance-maladie qui devrait couvrir 90 % de la population d'ici 1990 et qui excluera du bénéfice des fonds de solidarité du Gouvernement toutes les personnes non couvertes.

Le Professeur BORGONO^v (Chili) dit que le programme à l'examen a une importance cruciale pour la réalisation de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et se déclare préoccupé par la diminution des allocations budgétaires prévues pour ce programme ces dernières années, d'autant plus que cette baisse est encore plus accusée dans le budget pour 1988-89. Cette tendance ne va pas dans le sens des objectifs fixés, ni des accords conclus par l'Assemblée de la Santé, et des mesures devraient être prises pour l'inverser.

L'organisation de services de santé à l'échelon du district est essentielle non seulement pour promouvoir l'intégration des services de santé, mais aussi pour accroître leur couverture ainsi que la participation communautaire. Ce point revêt donc la plus haute importance dans la restructuration finale des services de santé. La délégation chilienne partage pleinement les vues exprimées par le délégué de la Suède. Les discussions techniques qui ont eu lieu ces dernières années ont été consacrées à différentes questions en rapport avec le programme à l'examen, telles que la coopération intersectorielle, le soutien économique des services de santé et le rôle des universités dans la réalisation de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Les recommandations approuvées dans le passé sur ces questions ainsi que celles qui seront approuvées maintenant doivent être pleinement incorporées dans la programmation et l'importance de ces différents points doit être reflétée dans le budget programme.

Le Dr HABIB (Afghanistan) dit que son pays a pris de nombreuses mesures pour instituer un système de santé équitable fondé sur les soins de santé primaires; il a notamment organisé des ateliers, des séminaires et des cours de formation pour les personnels de santé à différents niveaux. La coopération avec d'autres secteurs intéressés par les soins de santé, en particulier celui de l'éducation, a été accrue et un comité national intersectoriel a été établi pour coordonner la collaboration intersectorielle. Les mécanismes qui ont été mis en place pour promouvoir la participation communautaire se sont avérés très utiles, notamment lors de la récente campagne de vaccination où la couverture a dépassé 85 % dans les zones cibles. Le système de collecte de l'information doit être encore amélioré, mais, à la suite des problèmes financiers rencontrés par le pays et de la guerre larvée qui lui est imposée, près de 200 centres de santé et hôpitaux ont été détruits ou endommagés, ce qui ralentit considérablement les progrès. L'Afghanistan lance un appel urgent à l'Organisation pour qu'elle affecte des ressources extrabudgétaires au programme d'organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et qu'elle accorde un soutien accru aux pays qui en ont le plus besoin.

Le Professeur HIZA (République-Unie de Tanzanie) appuie le programme à l'examen car il est très important pour le système de santé de son pays. De fait, la Tanzanie a entrepris depuis 1983 d'organiser un système de santé fondé sur les soins de santé primaires et, à cet effet, la plupart des programmes de santé du pays ont été coordonnés à l'échelon du district, car c'est à ce niveau que des efforts sont faits pour renforcer les capacités sur le plan de la main-d'oeuvre et de la gestion. Le pays a lancé des programmes de formation destinés aux médecins de district et aux coordonnateurs des soins de santé primaires et des soins de santé maternelle et infantile. On demande aux médecins de district d'être aussi de bons gestionnaires car ce sont eux qui sont en fait responsables de la gestion du système de soins de santé primaires. Aussi sont-ils formés à définir un "profil de district" visant à améliorer la planification et la participation communautaire. Les comités de soins de santé primaires de district sont les principaux organes fonctionnels à l'échelon du district, mais des comités ont également été créés à l'échelon régional et la planification et la supervision des programmes sont confiées à un comité directeur des soins de santé primaires du Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Quatre stages d'études pratiques ont été organisés au cours des deux dernières années pour former des médecins de district et des médecins régionaux qui sont ensuite retournés à leurs postes respectifs sur le terrain pour former d'autres personnes. L'accent a ainsi été mis sur la formation pédagogique dans le cadre d'un programme financé en grande partie par l'OMS. En dépit de la très petite augmentation du budget, on espère que le programme à l'examen facilitera les progrès vers la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

M. GHACHEM (Tunisie) souligne l'importance de la réalisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires dans le cadre d'une approche intégrée et multisectorielle et rend hommage aux efforts déployés par le Bureau régional de la Méditerranée orientale pour promouvoir les systèmes de soins de santé primaires. Si des réductions budgétaires sont nécessaires, il faudrait éviter à tout prix d'amputer les fonds alloués à l'organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

Le Dr WASISTO (Indonésie) appuie vigoureusement le programme, notamment en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires. Le niveau du district a une importance cruciale car il peut servir à superviser et à renforcer la mise en oeuvre des activités de soins de santé primaires dans les subdivisions du district et dans les zones rurales. L'Indonésie collabore étroitement avec l'OMS à cet égard et des projets pilotes à l'échelon du district sont lancés en vue d'améliorer la gestion. Cette tâche a aussi été facilitée par la récente adoption d'une nouvelle loi de décentralisation. Il est réconfortant de constater que les allocations budgétaires pour les activités de pays ont été accrues, mais la diminution des autres fonds pour la Région de l'Asie du Sud-Est et leur absence en ce qui concerne l'Afrique sont préoccupants et méritent explication.

M. RAKCHEEV (Union des Républiques socialistes soviétiques) dit qu'il partage les vues des orateurs précédents et appuie le programme à l'examen, dont les objectifs découlent logiquement de l'analyse de situation et se fondent sur les résultats de la première évaluation de la Stratégie globale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le renforcement du rôle des institutions et des autorités à l'échelon local et à l'échelon du district est très important, ainsi que l'a souligné la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, car leur travail a une incidence directe sur la qualité des services médicaux fournis. Le programme doit souligner l'importance de la mise en place de services de soins de santé primaires à l'échelon du district. La décentralisation de la gestion des soins de santé primaires et le renforcement concomitant du rôle coordinateur du Ministère de la Santé sont essentiels, comme l'a démontré l'expérience d'un certain nombre de pays où tous les problèmes relatifs à la planification et à l'organisation des soins de santé primaires ont été confiés aux autorités de district.

L'aptitude du programme à promouvoir la réalisation de la santé pour tous d'ici l'an 2000, réalisation dont les soins de santé primaires constituent une composante essentielle, dépendra en grande partie de la coopération intersectorielle et de la contribution des autres ministères et organisations. Le Conseil exécutif a très justement attiré l'attention sur l'importance du renforcement du rôle des hôpitaux dans la prestation de soins de santé primaires à tous les niveaux du système de santé et de l'amélioration des structures d'orientation-recours. M. Rakcheev est heureux de noter que des fonds pour financer les activités du programme à l'échelon des pays ont été dégagés par un grand nombre d'autres sources.

Le Dr AL-JABER (Qatar) appuie le programme relatif à l'organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, d'autant plus que son pays a adopté cette approche dans son propre système de santé. Ainsi, les centres assurant les soins de santé primaires, y compris les soins de santé maternelle et infantile, les vaccinations, l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement, la médecine du travail, etc. ont été établis en vue d'y intégrer des services de soins de santé primaires. Toutefois, le Qatar manque encore de programmes de formation qui lui permettent de développer ses propres ressources humaines dans le domaine de soins de santé primaires et espère que le Bureau régional pour la Méditerranée orientale pourra lui apporter son aide à cet égard.

M. INFANTE (Espagne) soutient le programme 4 parce que tous les Etats Membres en bénéficient, quelles que soient leurs structures sanitaires et sociales. En outre, il facilite une répartition équitable des ressources sanitaires et vise à éliminer les principales causes de maladies dans le monde tout en responsabilisant davantage les individus et les groupes sociaux vis-à-vis de leur propre santé. Le programme concerne également un domaine dans lequel on peut utiliser le plus efficacement les moyens disponibles. D'ailleurs, l'Espagne est en train de restructurer son propre système en s'inspirant de cette conception. On est en train d'y intégrer les districts de soins de santé primaires et les hôpitaux régionaux au sein de "zones sanitaires", telles qu'elles sont définies dans la loi générale de la santé adoptée en 1986, en vue d'améliorer la répartition des ressources dans chaque zone. En outre, les programmes de coopération technique de l'Espagne avec de nombreux pays ont essentiellement pour objet d'épauler les efforts faits par ces pays pour appliquer la stratégie des soins de santé primaires. Il est indispensable de souligner l'importance de la coopération intersectorielle car la responsabilité de l'administration sanitaire va bien au-delà du ministère de la santé et s'étend à l'ensemble de la politique gouvernementale.

Il est important d'articuler les soins de santé primaires à la promotion de l'éducation pour la santé, et de poursuivre les efforts pour sensibiliser les gens à la nouvelle conception de la santé lancée à la Conférence d'Alma-Ata. En fait, les soins de santé primaires sont

destinés, entre autres, à promouvoir une plus grande responsabilité individuelle et collective, non seulement au sein des pouvoirs publics, mais également parmi la population et les corps constitués. La délégation espagnole estime que les crédits budgétaires affectés au programme 4 doivent correspondre aux objectifs de ce programme et ne pas être réduits, même si des compressions s'avèrent nécessaires dans d'autres secteurs.

Le Dr GLYNN (Canada), observant que le paragraphe 38 du descriptif du programme 4 mentionne des fonds pour des activités de recherche et de développement sur la notion de promotion de la santé et sa mise en pratique, attire l'attention sur les conclusions de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, qui s'est tenue à Ottawa en novembre 1986, et remercie l'OMS de l'avoir coparrainée. Cette conférence a élaboré la "Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé" qui définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La promotion de la santé s'attache à instaurer l'égalité en matière de santé en offrant à tous les individus les moyens de réaliser pleinement leur potentiel santé, et à assurer une médiation entre les intérêts divergents qui existent dans la société en matière de soins de santé. La Charte dit que la stratégie et les programmes de promotion de la santé doivent être adaptés aux structures économiques, sociales et culturelles différentes des Etats Membres. Du même coup, la promotion de la santé peut être pratiquée tout autant dans les pays développés que dans les pays en développement. En outre, elle vise à élaborer une politique de santé publique et transcende donc les soins de santé puisqu'elle suppose que des orientations soient prises dans tous les secteurs et à tous les niveaux, en faisant prendre conscience aux décideurs des conséquences éventuelles de leurs choix sur la santé et en leur faisant admettre leur responsabilité dans ce domaine. Cette conception prévoit également la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Il convient donc d'inciter le Secrétariat à continuer de suivre l'application de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, et les participants sont priés de s'engager sur la voie de la promotion de la santé en menant "une action concertée et intégrée allant au-delà des soins de santé", en vue d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000, comme le Directeur général l'a souhaité lors de la Conférence internationale.

Mme POOLE (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) déclare que, de l'avis de sa délégation, le programme en question, qui est le fondement même du mouvement de la santé pour tous, est l'un des plus importants du budget programme. L'analyse de la situation montre qu'il reste encore beaucoup à faire. La délégation du Royaume-Uni s'inquiète de ce que le programme ne semble pas occuper la place prioritaire qui devrait être la sienne dans les crédits que les budgets programmes régionaux prévoient pour les pays, peut-être à cause d'une réserve persistante à l'égard de l'approche soins de santé primaires, et cela d'autant plus que, dans bien des pays, les programmes concernés entrent en concurrence avec les demandes toujours plus grandes de moyens humains et financiers présentées par les services secondaires et tertiaires. Tout doit être fait pour rétablir l'équilibre.

Il faut se féliciter que l'on mette l'accent sur la nécessité d'une organisation, d'une gestion et d'une formation appropriées du personnel, ce qui doit se traduire en résultats concrets. C'est également à juste titre que l'on attire l'attention sur la nécessité d'une efficacité et d'une rentabilité plus grandes dans la prestation des services de santé. Tout cela mérite un soutien sans réserves, non seulement en matière de soins de santé primaires mais également dans tous les domaines de la prestation des soins de santé. L'attention de plus en plus grande que l'OMS porte à la coopération intersectorielle au niveau du district est également une excellente chose. Au Royaume-Uni, des signes encourageants montrent que cette philosophie commence à porter ses fruits. Des activités sont lancées dans des grandes villes, ce qui conforte l'idée selon laquelle les soins de santé primaires conviennent tout aussi bien au milieu urbain que rural. La campagne novatrice lancée sur le thème des villes saines par le Bureau régional de l'Europe est une excellente initiative et la délégation du Royaume-Uni suivra ses progrès avec le plus grand intérêt.

M. MECHE (Ethiopie) soutient vigoureusement l'organisation des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires et le regain d'attention accordé au renforcement de la gestion au niveau du district. Il ne s'agit pas seulement de renforcer l'organisation des systèmes de

santé au niveau intermédiaire ou local mais c'est également une importante innovation en vue de rapprocher les services de leurs usagers. Toutefois, une telle conception exige une authentique décentralisation de la gestion, notamment de la gestion financière, si l'on ne veut pas que la démarche reste purement théorique.

L'Ethiopie a fait un premier pas sur la voie de la formation des médecins à la gestion au niveau du district. La formation théorique est achevée et la formation pratique a commencé. Il faut espérer que les médecins qui se prêtent à cette expérience manifesteront des qualités d'animateurs à ce niveau.

Le Professeur KHAN (Pakistan), se félicitant des activités de soins de santé primaires en cours dans d'autres pays, précise qu'avec l'aide de l'OMS son pays a également élaboré un programme de soins de santé primaires principalement destiné aux régions rurales. Le système s'articule autour d'une unité sanitaire de base, desservant environ 10 000 personnes en milieu rural, et dotée d'un médecin et de trois agents paramédicaux qui assurent des services à la fois préventifs et curatifs, en liaison avec les centres de santé ruraux. Pour cinq centres de santé de base, on compte un centre de santé rural, auquel sont attachés trois médecins, et qui assure toute la gamme des soins préventifs et curatifs, y compris des soins de santé maternelle et infantile.

Le Gouvernement du Pakistan a accordé la priorité à la santé rurale et particulièrement au système des soins de santé primaires. Il existe quelque 4000 conseils d'union qui doivent être dotés chacun d'une unité sanitaire de base, dont 3500 ont déjà été constitués. Le pays n'est donc plus loin d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le Professeur HUYOFF (République démocratique allemande) estime que le programme 4 mérite une attention particulière. L'approche soins de santé primaires est le seul moyen qui s'offre à de nombreux pays d'appliquer les principaux objectifs de la stratégie et, comme les discussions techniques de cette année l'ont montré, la philosophie qui l'inspire pourra aider à surmonter certains obstacles économiques, sociaux ou même géographiques.

Toutefois, il n'est pas facile de traduire des idées et des concepts en recommandations et en mesures pratiques, notamment dans le contexte social, économique et culturel, si bien que, dans la plupart des cas, des analyses de situation très élaborées s'imposent, comme le montre le très grand nombre de questions prioritaires tout à fait justifiées qui figurent dans la section suivante du programme.

La délégation de la RDA souhaite donc souligner l'importance centrale de cette zone de programme qu'il faut d'ailleurs articuler plus étroitement avec d'autres programmes, à la fois dans la même section et dans d'autres sections, telles que la santé maternelle et infantile, la santé des travailleurs, etc. Il faut également que le programme soit plus solidement épaulé par des activités de recherche et qu'on le fasse figurer au premier plan des priorités en matière d'infrastructure des systèmes de santé. Toutefois, ce ne sera pas facile étant donné la modicité des crédits ou même les réductions draconiennes que l'on se propose de faire dans ce domaine vital. S'agissant de l'amélioration de l'efficacité des services et de la gestion ainsi que des économies à réaliser, il est indispensable de comprendre à quel point il est important de mener des recherches et d'alimenter le flux ininterrompu de connaissances et d'expériences.

Pour ce qui est du programme 6 (Information du public et éducation pour la santé), il convient de mentionner que la RDA met l'accent sur l'éducation et l'information pour la santé, les conseils individuels assurés par des médecins et d'autres personnels de santé ainsi que la participation communautaire la plus large possible. Toute l'expérience acquise dans ce domaine est acheminée vers le centre collaborateur de l'OMS, le Musée allemand d'hygiène de Dresde, qui a célébré le soixante-quinzième anniversaire de sa fondation en avril 1986. Le personnel de cet établissement et ses correspondants de toutes les circonscriptions de la République démocratique allemande se sont félicités de l'encourageant bilan d'activité que le Directeur régional pour l'Europe a dressé à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 1987 et ils se tiennent prêts à assumer d'autres missions.

Le Professeur MIGUEZ BARON (Uruguay) estime que le programme à l'étude est l'un des plus importants du projet de budget programme 1988-1989. Comme tous les autres signataires de la Déclaration d'Alma-Ata, l'Uruguay entend faire tout ce qui est en son pouvoir pour développer sa stratégie dans ce domaine. Depuis la restauration du Gouvernement démocratique en mars 1985, le Ministère de la Santé publique a progressivement planifié, coordonné et intégré les institutions publiques et privées afin d'instaurer un système de santé national fondé sur les soins

de santé primaires. Il a formulé et commencé à appliquer des stratégies visant à assurer une couverture complète de la population en améliorant l'accès aux services sur les plans économique, culturel et géographique, et tout spécialement en intervenant pour faire prendre conscience à chacun de la nécessité d'un changement d'attitude conduisant à un style de vie plus sain.

Malgré l'extrême modestie de ses ressources sanitaires, l'Uruguay a réussi à répandre dans la collectivité la notion fondamentale des soins de santé primaires. Il s'est avéré beaucoup plus facile d'amener les collectivités à s'engager dans des activités d'auto-assistance que de modifier le comportement des médecins en matière d'action sociale. On est arrivé à persuader les collectivités rurales de se constituer en groupes avec diverses institutions pour fixer des objectifs de santé régionaux et de district, et oeuvrer de concert à leur réalisation. Il a été plus facile de réaliser la coordination intersectorielle aux échelons local et de district qu'à l'échelon central; il faudra donc s'efforcer de réaliser, en collaboration avec les collectivités, la coordination institutionnelle au niveau des districts et de créer un esprit de prise en charge personnelle pour augmenter l'efficacité de la protection sanitaire. L'équité, l'universalité et la solidarité de l'allocation des ressources de santé reposent sur les soins de santé primaires et sont d'une importance fondamentale pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le Professeur RAKOTOMANGA (Madagascar) déclare que les soins de santé primaires, système universellement admis, peuvent et doivent se faire à tous les niveaux du réseau sanitaire dans tous les pays. Il s'agit d'un système où les activités sont diversifiées et onéreuses mais qui s'avère rentable au bout du compte. La clé de la réussite dépendra de nombreux facteurs mais, en particulier pour beaucoup de pays en développement, elle dépendra essentiellement de la formation de base et de la formation continue des équipes de santé, de l'approvisionnement en médicaments et vaccins, du soutien logistique dans les secteurs de l'information et des transports, de la coordination et surtout de la supervision des activités programmées. En bref, le succès des soins de santé primaires se trouve dans la volonté nationale à l'échelon le plus élevé et dans les efforts de l'OMS pour appuyer les programmes envisagés ou déjà entrepris. C'est pourquoi la délégation de Madagascar se rallie entièrement au projet de budget programme pour la période biennale 1988-1989.

Le Dr DA COSTA DELGADO (Cap-Vert), appuyant le programme pour 1988-1989 en ce qui concerne l'organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, constate que les interventions des orateurs précédents ont montré de façon très claire les résultats de cette approche. Le Cap-Vert suit cette orientation, fondant ses activités de santé sur les soins de santé primaires. En effet, l'organisation de son système de santé est basée sur la décentralisation des services, sur la prévention et sur la participation des collectivités. Un bureau de coordination de la santé publique a été créé au niveau central; il a pour tâches de coordonner les activités à ce niveau et de s'occuper de la formation des médecins et d'autres personnels de santé de base. Le pays s'efforce de transformer les programmes verticaux en programmes horizontaux, notamment en ce qui concerne la lèpre, le paludisme, les maladies diarrhéiques, etc., afin de réduire les coûts et de faire un usage aussi efficace que possible des faibles ressources disponibles. Pour évaluer l'accès de la population aux structures sanitaires, on a procédé à une enquête nationale qui permettra d'améliorer la couverture. Etant convaincue que les soins de santé primaires constituent le système le plus efficace pour développer les soins de santé, la délégation du Cap-Vert appuie le programme.

M. DHANOA (Inde) dit que son pays approuve pleinement et a adopté un système de santé fondé sur les soins de santé primaires. Selon la politique de santé nationale, approuvée par le Parlement et le Conseil central de la Santé, l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 doit être réalisé par le biais des soins de santé primaires. Ce sont les gouvernements des Etats et des territoires qui sont au premier titre responsables de la santé mais le Gouvernement central a joué le rôle d'entraîneur, en lançant et finançant des programmes et en offrant des moyens de formation, en particulier pour les soins de santé primaires. Quelque 17 000 centres de soins de santé primaires ont été créés, ainsi qu'environ 90 000 sous-centres, desservis chacun par une infirmière auxiliaire, une sage-femme et un agent de santé de base.

De nombreux problèmes ont surgi en raison du caractère extrêmement varié du pays, de la rareté des ressources, et du fait que le système des soins de santé primaires s'écarte fondamentalement de la conception traditionnelle des soins de santé. L'Inde possède un noyau de

médecins formés à l'exercice des soins hospitaliers et il s'avère difficile de faire appliquer une politique de médecine préventive et de promotion de la santé par des professionnels formés à d'autres disciplines. Un plan a été adopté pour la réorientation de l'enseignement médical. Il faut absolument que les médecins qui oeuvrent avec succès à la fourniture des soins de santé primaires puissent jouir du même prestige que les cliniciens, faute de quoi les soins de santé primaires seront considérés comme une sorte de services de bas étage. L'Inde est consciente du problème et espère qu'avec l'appui et l'aide de l'OMS il lui sera possible d'atteindre l'objectif adopté.

Le Dr BARAL (Népal) dit que sa délégation approuve le projet de budget programme pour 1988-1989 et estime que les soins de santé primaires sont le seul moyen d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le Roi du Népal a demandé que le minimum vital soit assuré à tous les habitants du pays et cela, dans tous les domaines, y compris la santé; le système de santé a donc été restructuré et réorganisé en conséquence.

Le programme d'études de l'Institut de Médecine a été révisé de manière à former des médecins communautaires. Les médecins des hôpitaux, de district, généraux et nationaux, reçoivent actuellement une formation les préparant à exercer dans les collectivités pour traiter, par exemple, les maladies diarrhéiques, et accomplir diverses autres activités liées aux soins de santé primaires. Des mesures sont prises dans le sens de l'intégration, de la régionalisation et de la décentralisation. C'est la seule voie qui s'offre à des pays comme le Népal où la main-d'oeuvre est limitée. Quelques organisations non gouvernementales travaillent activement dans le pays. La Reine patronne le Conseil national de Coordination des services sociaux et les travailleurs sociaux sont invités à s'engager dans des activités de soins de santé primaires.

Le Dr HASSOUN (Iraq) déclare que son pays, malgré la situation difficile où il se trouve, a pris des mesures en vue d'améliorer l'administration de la santé et d'augmenter le rendement des programmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, dans tous les secteurs du champ sanitaire. L'effort porte principalement sur les soins de santé primaires, appuyés sur les connaissances scientifiques modernes, adaptées aux conditions particulières du pays. Les groupes les plus vulnérables bénéficient d'une attention particulière et l'on s'emploie à renforcer l'usage rationnel des ressources. Le travail sur le terrain est lui aussi prioritaire. On tente de maintenir le plus possible un équilibre entre les prestations visant la santé physique et la santé mentale, et de mobiliser toutes les sources humaines et matérielles afin d'éliminer la bureaucratie et d'implanter des activités utiles présentant un bon rapport coût/efficacité. L'accent est mis sur la santé maternelle et infantile, la lutte contre les six maladies cibles, la protection de la santé des travailleurs, l'assainissement et l'hygiène. La délégation de l'Iraq approuve avec vigueur la priorité accordée aux activités du projet de programme pour 1988-1989.

Le Dr HOUENASSAOU-HOUANGBE (Togo) juge que le programme est particulièrement important et représente la base essentielle de toutes les activités. Le Togo pense qu'il convient de célébrer en 1988 le quarantième anniversaire de l'Organisation non seulement selon la coutume mais aussi en faisant mieux connaître la politique des soins de santé primaires. Il faudrait faire en sorte que les autres organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, prennent part aux activités. Il importe de montrer aux jeunes, aux femmes et aux travailleurs l'importance de l'option des soins de santé primaires adoptée à Alma-Ata.

Le Togo met sa confiance dans la restructuration du système de santé, adoptée par le programme de santé national et élaborée en collaboration avec l'OMS. La Banque mondiale et l'AID des Etats-Unis d'Amérique ont accepté d'aider le Togo à mettre en place un système de soins de santé primaires et à mener des activités allant dans le sens des décisions prises. Aux échelons des districts et des préfectures, les responsables de la santé ont reçu des directives pour la mise en place des soins de santé primaires et ont été priés de recueillir des informations et de recenser les besoins prioritaires des populations afin de rechercher avec elles la manière de résoudre leurs problèmes. Le renforcement du rôle de ces responsables de district dans le développement socio-économique des villages et communautés suppose au préalable l'information de ces agents et de leurs collaborateurs en vue du travail à accomplir au niveau du district et de la coordination à réaliser au niveau des préfectures. L'accent doit être mis sur les problèmes urgents exigeant des solutions urgentes. Dans le même temps, une action intersectorielle

efficace est nécessaire pour faciliter la collaboration avec les agents de l'Etat et les organisations non gouvernementales opérant sur le terrain. Il reste encore beaucoup à faire sur le plan de l'information concernant les soins de santé primaires et pour dissiper l'idée fallacieuse selon laquelle la santé ne serait pas à la base du développement socio-économique mais bien plutôt un domaine où l'on dépense de l'argent en pure perte.

Il existe un grand besoin de formation des cadres et des dirigeants de la santé en vue de la décentralisation; il faut en effet les initier aux nouvelles méthodes de travail : gestion, planification et autres tâches nécessaires à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous par les soins de santé primaires. Si tout le monde reconnaît qu'il faut mettre en place un système de soins de santé primaires, il n'est pas certain que tous aient le courage et la volonté de modifier les structures existantes. Une telle décision pose beaucoup de problèmes tant au niveau des autorités qu'au niveau des techniciens, qui ne sont pas toujours favorables au changement. Il faudrait, pendant un certain temps, accorder un appui aux pays qui désirent réorienter leur système de santé mais ne sont pas en mesure de le faire. C'est à ce prix que l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 pourra être atteint.

Le Dr TARIMO (Directeur, Division du Renforcement des Services de Santé) considère que les nombreuses questions et observations formulées par les délégués témoignent clairement de l'importance et de la pertinence des activités programmatiques proposées pour faire face aux besoins actuels des pays. Répondant aux commentaires des représentants de la Chine, de l'Ethiopie, de l'Indonésie, du Togo et de l'Union des Républiques socialistes soviétiques sur les activités à l'échelon du district et le renforcement des systèmes de santé de district, il rappelle qu'on a fait valoir, à juste titre, qu'un appui apporté à ce niveau devait être considéré comme destiné à étayer un système de santé national dans son ensemble. L'OMS s'est particulièrement attachée - surtout depuis la déclaration faite à ce sujet par le Directeur général à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé - à épauler les pays dans leurs actions visant à renforcer les systèmes de santé de district. Des séries de mesures ont été prises dans presque toutes les régions en coopération avec un comité d'orientation au Siège et des activités programmatiques ont été menées de concert dans un souci de coordination et afin d'apporter un soutien plus efficace aux régions et aux pays. Comme l'ont signalé divers délégués, des activités de soutien et de formation dans les pays - dont la mise à leur disposition de matériels didactiques - ainsi qu'une aide et une participation à la recherche et au développement sont en cours.

En ce qui concerne l'action intersectorielle et particulièrement le suivi des discussions techniques de 1986, le Dr Tarimo remercie la déléguée de la Suède pour ses suggestions relatives au renforcement et au développement des activités dans ce domaine. Il a également pris note des suggestions des représentants du Canada, du Royaume-Uni, de l'Union des Républiques socialistes soviétiques et de l'Uruguay.

Le délégué du Royaume-Uni a évoqué les soins de santé primaires en zone urbaine. Eu égard à la progression de l'exode rural, qui oblige presque tous les pays à rechercher des moyens plus efficaces d'organiser les soins de santé dans les agglomérations urbaines, les systèmes de santé de district mentionnés dans les programmes englobent aussi les soins de santé primaires dans les villes. La Région de l'Europe n'est pas seule à mener diverses activités comprenant le recueil et l'échange de données d'expérience novatrices en matière d'organisation des soins de santé primaires en zone urbaine.

Le représentant de la République démocratique allemande a noté, à juste titre, combien il importe d'établir un lien entre les activités présentées au titre du programme à l'examen et celles relevant d'autres programmes. Cette approche est utilisée, par exemple, dans le contexte de l'étude des activités de soins de santé primaires, lorsque plusieurs programmes s'associent pour épauler les pays dans la mise au point de méthodologies d'examen systématique des progrès réalisés dans les soins de santé primaires, et aussi dans le cadre du concept du système de santé de district qui implique, de par sa nature même, que plusieurs programmes coopèrent à la mise au point de matériels didactiques ou même au soutien effectif aux pays. Le comité d'orientation du Siège facilite tous les efforts de ce type.

En ce qui concerne les ressources, l'intervenant explique que si, dans le tableau de la page 91 du document PB/88-89, les autres fonds destinés aux Régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est sont inférieurs, en 1988-1989 aux montants de 1986-1987, c'est qu'ils correspondent à des estimations faites au moment de la préparation du budget programme. A mesure qu'approchera la période d'exécution de celui-ci, les autres fonds augmenteront vraisemblablement jusqu'à atteindre ou même dépasser les chiffres de 1986-1987. En réponse aux questions relatives aux

réductions conjoncturelles, le Dr Tarimo indique que l'on espère, certes, améliorer la situation de telle sorte que ces réductions ne soient pas appliquées ou soient absorbées ailleurs, mais qu'en tout état de cause il est prévu de tout faire pour obtenir des ressources extra-budgétaires qui permettent d'exécuter les activités telles que prévues.

Personnels de santé (programme 5)

Le PRESIDENT appelle l'attention des délégations sur le sommaire reflétant les travaux de la conférence d'Acapulco : Health manpower out of balance: conflicts and prospects,¹ présenté à l'Assemblée de la Santé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB79.R16.

Le Professeur FORGACS (représentant du Conseil exécutif) précise que le Conseil a entériné le renforcement des activités de l'OMS en matière d'intégration des systèmes de santé et du développement des personnels de santé relevant du programme 5. Il a vivement préconisé, par ailleurs, un soutien aux actions nationales tendant à mettre davantage l'accent sur les soins de santé primaires dans les cursus de l'enseignement du 3^e degré et des hautes études universitaires. Bien que certains pays restent confrontés à une pénurie aiguë de personnels de santé, le Conseil a mis l'accent sur la nécessité d'aider les pays à remédier aux déséquilibres actuels et à en éviter de nouveaux dans les effectifs, les catégories et la qualité des personnels de santé.

Le Professeur BADALIK (Tchécoslovaquie) rappelle, à propos du rôle de la recherche scientifique dans l'amélioration du développement des personnels de santé, que l'optimisation qualitative et quantitative de ce développement constitue un processus complexe. L'expérience acquise par nombre de pays montre clairement que l'approche adoptée en vue d'une gestion efficace de ce processus manque souvent du pragmatisme nécessaire. Afin d'éviter de lourdes erreurs entraînant des conséquences graves et prolongées sur le développement des personnels de santé, les responsables de la santé doivent fonder leurs décisions sur les résultats des recherches opérationnelles menées dans divers domaines. Afin d'assurer un environnement aussi favorable que possible à des projets de recherche appropriés, la Tchécoslovaquie a créé, dans le cadre de son programme de recherche pour la santé, un comité de la formation des personnels de santé chargé de canaliser le potentiel exécutif vers les plus importants des problèmes liés au développement des personnels de santé et de gérer, superviser et orienter les travaux de recherche dans ce domaine. Forte de l'expérience ainsi acquise, la Tchécoslovaquie a accueilli à Prague en 1981 une réunion d'experts de l'OMS ayant pour mission d'étudier les problèmes de la recherche en matière de formation des personnels de santé.

L'un des principaux obstacles qui entravent dans certains pays ce type de recherche est la formation insuffisante des chercheurs. Pour remédier à cette difficulté, la Tchécoslovaquie a proposé au Bureau régional pour l'Europe d'organiser périodiquement des stages à l'intention des jeunes chercheurs.

Le premier séminaire itinérant sur la méthodologie de la recherche en matière de formation des personnels de santé a eu lieu en 1986 à Varsovie, Prague, Bratislava et Budapest. A la suite d'une évaluation de cette expérience préliminaire, la délégation tchèque propose que le prochain stage de ce type permette à un groupe plus large de spécialistes intéressés de différents pays à participer à des activités de recherche liées à ce secteur, offrant ainsi une occasion de jeter les bases scientifiques de la prise de décisions dans la gestion du développement des personnels de santé.

Mlle BELMONT (Etats-Unis d'Amérique) estime que le développement des personnels de santé revêt une importance capitale pour la prestation de soins de santé efficaces et pour l'instauration de la santé pour tous. Le déséquilibre croissant des personnels de santé préoccupe de plus en plus les pays industrialisés comme les pays en développement. Dans certaines régions, on enregistre une surabondance de personnels de santé - particulièrement de médecins et de dentistes, souvent sans emploi ou menacés de chômage - alors que dans d'autres une pénurie grave prive les populations de prestataires de soins de santé, même dans les catégories les moins

¹ Bankowski, Z. et Fülöp, T., éd. Health manpower out of balance: conflicts and prospects. Highlights of the XXth CIOMS Conference, Acapulco, Mexico, 7-12 September 1986. Genève, Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales, 1987 (anglais seulement).

élevées. Il est bien évident qu'il faut atteindre un équilibre tel que la production et l'utilisation des agents de santé corresponde aux besoins sanitaires et aux systèmes de santé dans le cadre desquels ils sont appelés à exercer leurs fonctions. Mlle Belmont félicite le CIOMS pour l'esprit de prévoyance dont il a fait preuve en organisant la conférence d'Acapulco.

Elle appuie l'excellente résolution que le Conseil exécutif a recommandé à l'Assemblée de la Santé d'adopter, sous réserve de quelques retouches qui seront communiquées au Secrétariat.

Le Dr AL-SAIF (Koweït) estime que le programme personnels de santé revêt une importance primordiale; l'Organisation devrait lui accorder l'attention qu'il mérite. Dans de nombreux pays, les facultés de médecine ne sont pas au fait des besoins en personnel des ministères de la santé et se contentent de produire des diplômés, sans aucun égard à leurs responsabilités futures. Il incombe à ces ministères non seulement de fournir des services de santé, mais aussi de déterminer les effectifs et les types de personnels de santé nécessaires. Il est donc indispensable que l'OMS cherche un moyen de combler le fossé entre les facultés de médecine et les ministères de la santé.

Le délégué du Koweït demande au Secrétariat des renseignements sur la Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine dont il croit savoir qu'elle s'occupe d'enseignement médical dans le monde entier et de l'organisation de conférences internationales dans ce domaine.

Mme KADANDARA (Zimbabwe) rappelle qu'au fil des ans, le problème des personnels de santé a été fréquemment examiné à l'OMS et au sein de bien d'autres instances. Des recherches en la matière ayant déjà été effectuées au Zimbabwe, on y dispose d'indications détaillées sur les effectifs existants, ceux dont le pays aura besoin à l'avenir et la production actuelle de ses établissements de formation. On escomptait donc que les besoins en santé - par exemple en soins infirmiers - pourraient être prévus, et les personnels fournis de manière efficace. Or de nombreux secteurs suscitent des inquiétudes. Une bonne planification des personnels infirmiers n'a pas été possible par suite de la forte mobilité de la profession et des faibles rémunérations qui la caractérisent, cause d'un taux élevé de résorption d'emplois et d'un ralentissement de la prestation des services, nombreux et importants, rendus par les infirmières, particulièrement dans le domaine des soins de santé primaires. Il faut se souvenir que dans bien des pays en développement, les infirmières représentent souvent les seuls agents de santé disponibles. Au Zimbabwe, il a fallu réserver une proportion importante du budget de la nation à la formation pour compenser le fort taux de résorption d'emplois et maintenir un certain niveau minimum d'efficacité. En matière de soins infirmiers, la situation actuelle est semblable à celle de la gestion des services de santé et de la planification financière; alors que la formation y a été négligée par le passé, c'est précisément de ce secteur qu'on attend aujourd'hui l'information sur les personnels de santé et les soins de santé primaires nécessaire pour planifier les services de santé. Mme Kadandara demande donc à l'OMS d'étudier de près la question de savoir s'il faut affecter une forte proportion des fonds destinés à la formation à celle du personnel médical, ou plutôt à celle des infirmières, qui au Zimbabwe, par exemple, où les médecins sont peu nombreux, assurent 98 % des activités sanitaires dans tout le pays et surtout dans les campagnes. L'OMS n'a pas suffisamment reconnu le rôle prioritaire de la profession infirmière et devrait canaliser davantage de ressources vers la formation dans ce secteur.

De l'avis de M. VOIGTLAENDER (République fédérale d'Allemagne), le programme relatif aux personnels de santé mérite, dans son ensemble, d'être appuyé. On ne saurait trop insister sur l'importance qu'il y a d'utiliser au mieux, dans les infrastructures de santé, chaque type de personnel formé à cet effet. Il serait souhaitable d'obtenir la collaboration de l'ensemble des personnes occupées aux diverses tâches de santé. Cependant, il ne faut pas non plus négliger le rôle des initiatives privées.

M. Voigtlaender exprime un certain nombre de réserves quant à la planification des personnels de santé. Le programme repose sur le principe qu'une planification détaillée des personnels de santé peut être appliquée dans chaque pays, mais cela n'est pas possible en République fédérale d'Allemagne, ni dans un certain nombre d'autres Etats fédéraux. Le droit fondamental du libre choix de la profession et diverses contraintes d'ordre constitutionnel ne permettent pas d'assurer un contrôle direct de la formation de ces personnels permettant de faire face à la demande. L'exposé du programme paraît donc trop rigide car, comme le confirment les conclusions d'un groupe de travail qui s'est réuni dans la Région de l'Europe, de telles dispositions ne sauraient s'appliquer à un certain nombre de pays, dont la République fédérale d'Allemagne, qui sont dotés d'une structure fédérale. M. Voigtlaender se réserve le droit de

revenir sur cette question lorsque la résolution proposée par le Conseil exécutif viendra en discussion, car le texte de cette résolution reflète la même idée fondamentale d'un mécanisme central de planification nationale et d'un service national de santé - conditions qui n'existent de toute évidence pas dans beaucoup de pays.

Le Dr VARET (France) déclare qu'en raison des situations très différentes que l'on rencontre dans le monde, sa délégation appuiera la résolution proposée par le Conseil exécutif. Elle voudrait notamment mettre l'accent sur l'importance des échanges d'informations qui sont recommandés dans les paragraphes 23 et 24 de l'exposé du programme, pour faciliter l'organisation de l'action internationale. Il importe également, en raison de la diminution des ressources, d'assurer une haute qualité de la formation professionnelle en améliorant les méthodes d'évaluation et en introduisant des techniques plus efficaces afin de mieux conjuguer les efforts et améliorer l'efficacité. Enfin, elle rappelle la discussion qui a eu lieu lors de la soixante et onzième session du Conseil exécutif sur les politiques de l'Organisation en matière de bourses d'études.¹ Les principes retenus à cette occasion demeurent valables et elle exprime l'espoir qu'ils pourront désormais bénéficier d'une application généralisée.

Le Dr HOSEIN (Trinité-et-Tobago) déclare que le nouveau Gouvernement de son pays a reconnu les échecs de la planification des personnels de santé, telle qu'elle a été pratiquée jusqu'ici; il a également admis qu'il existe actuellement un déséquilibre dans ce domaine et qu'il était nécessaire de réorienter la formation professionnelle vers les soins de santé primaires. L'excellente analyse des problèmes relatifs aux personnels de santé et les suggestions faites à ce sujet dans l'exposé du programme ne font toutefois pas mention d'une difficulté à laquelle se heurte la Trinité-et-Tobago, et peut-être d'autres pays aussi : il s'agit des mécanismes en vertu desquels la pratique d'une grande partie des professions de la santé est régie par des organismes juridiques indépendants, tels que les conseils des professions dentaires, infirmières, etc. Les suggestions formulées seraient, dans ces circonstances, assez difficiles à appliquer. Ces organismes juridiques indépendants, qui contrôlent les professions de la santé, sont également largement réfractaires à tout changement, ce qui risque de faire obstacle à la création de nouvelles catégories de professions de la santé. Le Dr Hosein souhaiterait savoir si d'autres pays connaissent les mêmes problèmes.

La faculté de médecine de l'Université des Indes occidentales (University of the West Indies), située dans la sous-région des Caraïbes, se consacre à la formation de médecins et d'infirmières, mais n'a accordé jusqu'ici que peu d'attention à la formation professionnelle dans des disciplines annexes de la médecine, comme la physiothérapie, la diététique, la radiographie et d'autres encore. Le nouveau Gouvernement de la Trinité-et-Tobago a demandé que des modifications appropriées soient apportées aux programmes d'études de médecine de cette Université, notamment dans le cadre du nouveau complexe des sciences médicales - hôpital d'enseignement et de recherche - qui doit être édifié à la Trinité-et-Tobago et qui sera rattaché à la faculté de médecine de cette université. Malheureusement, vu les présentes difficultés économiques, le pays est dans l'incapacité de faire face à la totalité des dépenses d'installation et d'exploitation de cet établissement et c'est pourquoi une demande d'aide a été adressée à l'OPS. Le Dr Hosein constate non sans inquiétude que, au paragraphe 35 de l'exposé du programme, il est prévu une diminution substantielle des ressources allouées dans la Région des Amériques aux personnels de santé et il craint que cela n'ait des répercussions sur les possibilités qu'aura l'OPS de satisfaire cette demande.

Le Dr HABIB (Afghanistan) indique qu'une politique nationale et un plan relatif aux personnels de santé ont été élaborés en 1980, puis réajustés périodiquement afin de faire face aux besoins du pays. Ce plan met l'accent sur les aspects non seulement quantitatifs, mais aussi qualitatifs des projections opérées en matière de santé et de personnel. Le Gouvernement, afin d'essayer d'étendre la couverture sanitaire aux populations mal desservies des régions rurales, a adopté une nouvelle loi susceptible de motiver raisonnablement tous les agents de santé travaillant dans des zones difficiles. En outre, tous les nouveaux diplômés des établissements d'enseignement médical ont été exemptés de service militaire, à la condition d'aller exercer en milieu rural. Un programme permanent d'éducation pour la santé a été mis au point avec l'assistance de l'OMS. Son application a conduit à une réorientation des personnels vers les soins de santé primaires. Il reste cependant encore bien des problèmes à résoudre, et notamment la mise

¹ Document EB71/1983/REC/2, pp. 142-149.

en place, dans le pays, des moyens nécessaires à la préparation et à l'utilisation de matériels d'enseignement et d'apprentissage adaptés aux besoins locaux. Le Dr Habib invite instamment l'OMS à accorder une plus large attention à ces questions. L'exode des cerveaux est un autre problème grave, lié au programme des personnels de santé, et auquel sont encore confrontés un certain nombre de pays, dont l'Afghanistan; cet exode est encouragé intentionnellement par divers pays. Le Dr Habib demeure cependant persuadé que l'OMS pourra jouer un rôle essentiel dans l'adoption de mesures internationales devant permettre de surmonter cette difficulté.

Le Dr BANKOWSKI (Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales), invité à prendre la parole par le Président, rappelle que depuis plusieurs années les autorités sanitaires de nombreux pays industrialisés et en développement ont exprimé leur profonde préoccupation devant la montée sans précédent du chômage, notamment chez les diplômés de médecine et de dentisterie de plusieurs pays. On ne possède que peu d'indications sur le nombre de médecins au chômage, mais certaines données permettent de se faire une idée de l'ampleur du phénomène. C'est ainsi qu'il y a quelque 45 000 médecins chômeurs en Italie, 40 000 en Inde, 23 000 en Espagne et 2500 aux Pays-Bas. Les Etats-Unis d'Amérique prévoient un excédent de 70 000 médecins en 1990 et de 150 000 en l'an 2000. Le Mexique comptait en 1984 environ 40 000 médecins au chômage et le Bangladesh plus de 5000. Les chiffres étaient respectivement de 6000 pour le Pakistan et de 4000 pour l'Egypte. D'après les tendances actuelles, on peut prévoir que d'ici l'an 2000 ce seront 250 000 médecins, ou davantage, qui seront chômeurs dans le monde entier. Ce serait là un monument d'absurdité, précisément l'année où il est prévu de célébrer la santé pour tous - comme l'a souligné l'un des éminents participants à la conférence d'Acapulco. Des associations de médecins au chômage ont été créées en Argentine, en Bolivie, au Chili, au Mexique et aux Pays-Bas. Il convient cependant de rappeler qu'il subsiste une pénurie de certaines catégories d'agents de santé et qu'il continuera sans doute d'en être ainsi pendant longtemps, ce qui ne laisse d'ailleurs pas de créer de sérieuses difficultés dans beaucoup de pays en développement.

Les documents de travail présentés lors de la conférence d'Acapulco s'appuyaient sur des études de pays, illustrant différents contextes économiques, culturels et socio-politiques propres à faire ressortir certains déséquilibres en matière de personnel et de soins. En outre, plusieurs documents ont été préparés sur certains aspects particuliers de ce déséquilibre des personnels de santé, notamment sa nature, son ampleur, son évolution naturelle et ses incidences démographiques et économiques; ces documents concernaient non seulement les médecins, mais aussi les dentistes, infirmières et pharmaciens. L'ensemble de cette documentation a été publié sous la forme d'un livre, mis à la disposition des délégués, et il en a été de même pour la relation des faits marquants de la conférence.

Après cinq jours de délibérations, aussi bien au sein de petits groupes de travail qu'en séance plénière, la conférence est parvenue à la conclusion que cette surabondance n'était que l'une des manifestations du déséquilibre qui existe chez les personnels de santé, et qui se rencontre également au niveau des catégories, des fonctions, de la répartition et des qualifications des agents de santé. Très peu de pays, si ce n'est même aucun, n'échappent à ce phénomène et il est donc nécessaire de prendre à l'échelle mondiale des mesures tant préventives que curatives. La conférence a formulé une série de recommandations concernant des dispositions préventives ainsi que des projets d'interventions destinés à remédier aux déséquilibres qualitatifs aussi bien que quantitatifs chez les personnels. Entre autres mesures préventives, la conférence a recommandé un échange régulier d'informations entre les pays, de même que des études urgentes sur un problème qui ne cesse de s'amplifier rapidement. Parmi les mesures radicales qui pourraient être prises pour réduire le surplus de médecins, la conférence a suggéré de limiter les admissions dans les écoles de médecine ou de restreindre le nombre de diplômés étrangers autorisés à exercer, de différer l'ouverture d'écoles de médecine ou d'envisager la fermeture de certaines autres, d'imposer aux médecins un âge pour la retraite et de prévoir un partage obligatoire des tâches entre médecins praticiens. Ces mesures radicales sont susceptibles de créer des remous sur le plan politique et de déplaire aux groupes professionnels intéressés. Cependant, elles peuvent s'avérer nécessaires en cas de complications sérieuses.

L'essentiel des recommandations peut se résumer dans la déclaration suivante du Président de la conférence : "Une action concertée s'impose aujourd'hui. Tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, le déséquilibre des personnels de santé a de sérieuses incidences sur l'édification de la santé pour tous. Nous admettons tous qu'il est possible de prévoir et de prévenir ce phénomène; c'est pourquoi il est nécessaire de procéder dès maintenant aux interventions nécessaires". L'une des recommandations les plus importantes de la conférence a été d'attirer l'attention non seulement des professionnels et des décideurs des milieux de la santé,

mais aussi de tous les autres décideurs et du grand public sur les tendances alarmantes qui se dessinent aujourd'hui et leurs conséquences négatives prévisibles pour la société. Dans le cadre de la mise à exécution de ces recommandations, plusieurs articles ont été publiés dans la presse et des interviews ont été diffusées à la radio. Le dernier numéro du magazine Santé du Monde a également été consacré à cette question. En outre, l'UNESCO doit distribuer à ses comités nationaux le document sur les faits marquants de la conférence.

Le Dr Bankowski est fermement convaincu que l'Assemblée de la Santé aura la sagesse de prendre des décisions appropriées sur ce qu'il convient de faire pour prévenir l'apparition de nouveaux déséquilibres chez les personnels de santé et de remédier à ceux qui existent déjà. Il donne à l'Assemblée de la Santé l'assurance que le Conseil est déterminé à collaborer à la recherche d'une solution à cette anomalie sociale qui vient d'être évoquée, et qui risque non seulement d'avoir des conséquences sociales, économiques et politiques négatives, mais aussi de comporter des aspects éthiques extrêmement graves et totalement nouveaux. Telles sont les raisons pour lesquelles le bon sens moral exige que l'on prenne des mesures immédiates.

La séance est levée à 17 h 20.

= = =