

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA PREMIERE SEANCE

Salle de conférences de l'OMS, Manille
Mardi 9 septembre 1980, 9 heures

PRESIDENT : M. J. Jaminan (Papouasie-Nouvelle-Guinée)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Ouverture solennelle de la session	102
2. Allocution du Président sortant	102
3. Election du Bureau : Président, Vice-Président et Rapporteurs	102
4. Exposé technique : Nomination d'un président des débats	102
5. Adoption de l'ordre du jour	103
6. Accusé de réception par le Président des rapports succincts des gouvernements sur leurs activités sanitaires	103
7. Rapport du Directeur régional	103
8. Examen du projet de budget programme	107
8.1 Bilan d'exécution du budget de 1979	108
8.2 Rapport sur l'utilisation du programme du Directeur régional pour le développement pour 1979 et 1980-1981	111
8.3 Examen du projet de budget programme pour 1982-1983	111

1. OUVERTURE SOLENNELLE DE LA SESSION : Point 1 de l'ordre du jour provisoire

En l'absence du Président et du Vice-Président, le Directeur régional déclare ouverte la trente et unième session du Comité régional du Pacifique occidental.

2. ALLOCUTION DU PRESIDENT SORTANT : Point 2 de l'ordre du jour provisoire

Le Directeur régional lit le texte d'une allocution communiqué par le Dr A.G.K. Chew (Singapour), Président sortant (voir ce texte à l'annexe 1).

3. ELECTION DU BUREAU : PRESIDENT, VICE-PRESIDENT ET RAPPORTEURS : Point 4 de l'ordre du jour provisoire

3.1 Election du Président

Le Dr TANAKA (Japon) propose la candidature du Dr JAMINAN (Papouasie-Nouvelle-Guinée). Cette proposition est appuyée par le Dr SENILAGAKALI (Fidji) et par M. PECH BUN RET (Kampuchea démocratique).

Décision : Le Dr JAMINAN est élu à l'unanimité.

3.2 Election du Vice-Président

Le Dr ACOSTA (Philippines) propose la candidature du Dr RIDINGS (Samoa). Cette proposition est appuyée par le Dr FOLIAKI (Tonga).

Décision : Le Dr RIDINGS est élu à l'unanimité.

3.3 Election des Rapporteurs

Le Dr TALIB (Malaisie) propose la candidature du Dr EVANS (Australie) comme rapporteur de langue anglaise. Cette proposition est appuyée par le Dr KOH (Singapour).

Le Dr DA PAZ (Portugal) propose la candidature du Dr CHARPIN (France) comme rapporteur de langue française. Cette candidature est appuyée par le Dr HIDDLESTONE (Nouvelle-Zélande).

Décision : Le Dr EVANS et le Dr CHARPIN sont élus à l'unanimité.

4. EXPOSE TECHNIQUE : NOMINATION D'UN PRESIDENT DES DEBATS

Le PRESIDENT propose que le Dr FOLIAKI (Tonga) soit nommé président des débats.

Décision : Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

5. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 6 de l'ordre du jour provisoire (Document WPR/RC31/1)

LE PRESIDENT propose l'adoption de l'ordre du jour.

Décision : En l'absence d'observations, l'ordre du jour est adopté.

6. ACCUSE DE RECEPTION PAR LE PRESIDENT DES RAPPORTS SUCCINCTS DES GOUVERNEMENTS SUR LEURS ACTIVITES SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour

Le PRESIDENT accuse réception des rapports sur les activités sanitaires des pays et zones ci-après qui ont déjà été distribués aux représentants : Australie, Chine, Fidji, Hong Kong, Japon, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, République de Corée, Singapour, Viet Nam et Wallis-et-Futuna. Les rapports communiqués par le Kampuchea démocratique et la Malaisie seront distribués un peu plus tard.

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) espère que le rapport soumis par son pays, qui sera communiqué ultérieurement, pourra encore être accepté. (Voir la suite de la discussion à la section 2 de la cinquième séance).

7. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL : Point 12 de l'ordre du jour (Document WPR/RC31/11)

Le DIRECTEUR REGIONAL présente le rapport sur l'activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental au cours de la période du 1^{er} juillet 1979 au 30 juin 1980.

Le Directeur régional déclare que sa nomination, le 1^{er} juillet 1979, est survenue à l'un des moments les plus exaltants de la marche de l'Organisation vers son objectif "la santé pour tous d'ici l'an 2000". Depuis plusieurs années on assistait à une accélération des efforts visant à décentraliser les responsabilités précédemment concentrées à Genève, par exemple dans le domaine des activités de recherche, et assurer une plus grande participation des Régions dans les mécanismes gestionnaires du développement sanitaire. L'année passée a vu culminer ces efforts en ce sens que le rôle des Régions, et notamment celui des Comités régionaux, a été considérablement clarifié grâce aux discussions qui ont eu lieu au niveau mondial et aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, telles que la résolution WHA33.17 concernant les structures de l'OMS eu égard à ses fonctions. Il appartient maintenant à la Région de démontrer comment les soins de santé primaires peuvent réellement contribuer avec succès à la réalisation de l'objectif "santé pour tous/2000" et comment la coopération technique entre les pays peut jouer un rôle dans l'atteinte de cet objectif. De toutes les régions de l'OMS, celle du Pacifique occidental, mélange de pays développés, en développement et moins développés - industrialisés, nouvellement industrialisés, en cours d'industrialisation et principalement agricoles - est la mieux placée pour prendre la tête dans cet effort.

L'ordre du jour de la semaine qui va suivre est très chargé car il comprend beaucoup de points en rapport avec les efforts intensifs déployés depuis douze mois pour faire mieux participer le Comité régional au travail de l'OMS et pour encourager les Etats Membres à se servir de l'OMS et de

ses ressources de la façon la plus avantageuse, au bon moment, et à l'endroit voulu. Il s'agit, d'abord, d'utiliser l'OMS pour aider à créer des compétences gestionnaires au service des programmes sanitaires et à mobiliser des ressources extrabudgétaires. Il faut ensuite qu'il y ait coordination entre les institutions sanitaires nationales et les autres institutions nationales dont les activités ont directement ou indirectement un impact sur la santé; il faut enfin mettre davantage l'accent sur la santé dans le contexte du nouvel ordre économique international.

En juillet 1979, un groupe de travail chargé de renforcer la gestion des programmes a recherché quel était le type de soutien qu'il était possible de donner aux Etats Membres pour développer, mettre en oeuvre et évaluer leurs stratégies nationales pour la santé/2000. Ce groupe de travail a étudié la question de savoir comment l'OMS peut gérer ses propres ressources pour assurer un tel soutien en harmonie avec le programme général de travail que les Etats Membres ont établi par l'intermédiaire des organes directeurs de l'Organisation. L'application des recommandations du groupe de travail a évolué au long de l'année. Tout d'abord, un groupe régional pour le développement sanitaire a été créé dans le cadre du Bureau régional; par la suite, les fonctions de certains personnels techniques du Bureau régional ont été réorientées de façon à leur permettre de répondre directement et prioritairement aux besoins des Etats Membres, en dehors de l'infrastructure du Bureau régional, ce qui a eu pour résultat de réduire le volume de travail administratif. D'autre part - ce qui est de la plus haute importance - on a développé le concept d'équipes pluridisciplinaires. Quand un Etat Membre demande une collaboration pour élaborer l'approche des soins de santé primaires, au lieu des visites individuelles d'experts, c'est une équipe qui se rend sur place. Celle-ci peut comprendre un expert de la gestion, un expert des soins de santé primaires, et un expert des activités les plus directement concernées telles que l'éducation pour la santé, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, les fournitures pharmaceutiques ou la lutte contre les maladies transmissibles.

Les résultats obtenus par le projet de recherche-développement en cours à Tacloban, Leyte (Philippines) et le lancement d'un programme de formation en République populaire de Chine méritent d'être particulièrement signalés au titre des progrès réalisés vers le renforcement du programme des soins de santé primaires.

En ce qui concerne la coopération technique entre pays en développement, la création d'un service pharmaceutique commun du Pacifique sud présente un intérêt particulier. Lors de la Conférence ministérielle tenue à Manille en novembre 1979, douze pays et zones ont adopté une déclaration d'intention proposant la création d'un tel service dans les délais les plus courts possibles. Depuis lors, un consultant a étudié en détail la question de l'endroit le plus approprié pour l'installation de ce service et celle de son financement. Le rapport du consultant est actuellement en préparation.

A mi-parcours de l'exécution du sixième programme général de travail, le rapport fait ressortir l'importance accrue qu'on attache dans la Région aux questions suivantes : 1) les mécanismes gestionnaires pour le développement sanitaire; 2) l'approche pluridisciplinaire en matière de développement et de prestation des soins de santé primaires; 3) la participation des

communautés à des activités n'ayant pas nécessairement un lien direct avec la santé, mais favorisant la promotion de la santé; 4) la formation des agents de santé, visant à les réorienter en vue des soins de santé primaires et à intégrer dans les soins de santé primaires la lutte contre des maladies déterminées; 5) une coordination intersectorielle entre les organismes sanitaires nationaux et d'autres organismes dont les activités ont un impact sur la santé. L'OMS participe de plus en plus activement aux opérations de pré-investissement et d'investissement de la Banque asiatique de Développement dans des domaines tels que la salubrité de l'environnement, la lutte contre le paludisme, la nutrition et la production et la distribution des médicaments. On espère qu'un protocole d'accord avec la Banque sera signé dans un avenir proche.

Le Dr XU SHOUREN (Chine) estime que de bons résultats ont été obtenus, sous la conduite du Directeur régional, pendant la période couverte par le rapport, particulièrement en ce qui concerne la planification sanitaire nationale, le renforcement de la coopération technique entre pays en développement, les soins de santé primaires, le développement et la planification des personnels de santé, les statistiques sanitaires, la promotion de la recherche, y compris la recherche sur les services de santé, et la lutte contre la maladie.

Il souligne les efforts positifs entrepris dans le sens de l'objectif social qu'est la santé pour tous d'ici l'an 2000. On élabore des programmes qui seront intégrés dans les plans nationaux de développement socio-économique général, et le soutien du Bureau régional à la formulation de stratégies est la base de l'élaboration des stratégies régionales et mondiale. C'est là l'une des principales réussites de l'année, et on espère que les pays intensifieront encore leurs efforts afin d'assurer la mise au point de plans d'action réalisables.

Le Dr EVANS (Australie) félicite le Directeur régional de son rapport complet et instructif. L'Australie continuera à appuyer l'action de l'OMS dans la Région, par l'intermédiaire du Australian Development Assistance Bureau, du Commonwealth Department of Health, du Commonwealth Institute of Health, du Centre régional de formation d'enseignants et d'autres institutions fonctionnant en Australie.

Se référant aux paragraphes 22 et 23 du rapport, le Dr Evans déclare que, pour contribuer au développement des systèmes d'information sanitaire et biomédicale dans le Pacifique occidental, l'Australie met avec plaisir son système MEDIARS à la disposition des pays de la Région qui ne possèdent pas un tel service.

Le Dr ACOSTA (Philippines), commentant les paragraphes 24-28 du rapport note avec satisfaction la preuve qu'on y trouve de l'intérêt que porte l'OMS à promouvoir la coopération technique entre pays en développement dans la Région. Il demande pourquoi il n'y est pas question du Centre régional de formation d'anesthésiologistes.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond que, comme il l'a déjà précisé, son bref rapport de cette année n'est qu'un résumé des faits les plus significatifs. Le Centre de formation d'anesthésiologistes fonctionne depuis 1970, et le Directeur régional en parlera dans son rapport à la trente-deuxième session du Comité régional, couvrant la période biennale du 1^{er} juillet 1979 au 30 juin 1981.

Mr PECH BUN RET (Kampuchea démocratique) se félicite de la tâche considérable accomplie par l'OMS dans la Région et espère que le Bureau régional pourra, en 1981, attribuer une plus grande priorité au sort du peuple du Kampuchea démocratique, très touché par la guerre d'agression étrangère.

Le Dr CHARPIN (France) fait observer que, dans un récent document, on a dit que la situation de la filariose dans les îles Wallis-et-Futuna était inconnue. Il se félicite donc de l'occasion qui lui est offerte de soumettre une note sur la situation de la filariose à W. bancrofti en 1980, note qui ne veut être qu'un complément au rapport distribué par le Bureau régional sur la Polynésie française en général.

Le Dr KUMANGAI (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que le Territoire sous tutelle des îles du Pacifique n'a pas encore approuvé officiellement le projet de mémorandum d'accord relatif à la création du service pharmaceutique du Pacifique sud. Etant donné l'instauration de quatre nouvelles entités politiques, le processus est lent; trois d'entre elles ont toutefois donné leur accord.

Il déclare que le remarquable travail de lutte contre les maladies diarrhéiques qu'a fait l'OMS dans le Territoire sous tutelle des îles du Pacifique semble avoir eu un impact sur le taux de mortalité, encore qu'il soit peut-être prématuré de tirer des conclusions. Peut-être la Région pourrait-elle trouver des fonds complémentaires auprès de sources extérieures pour entreprendre des travaux dans ce domaine.

Le Dr TALIB (Malaisie) souligne que le rapport du Directeur régional fait ressortir les efforts déployés par l'OMS dans la Région pour instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. La Malaisie joue son rôle par le biais de la coopération, notamment en ce qui concerne la recherche et l'information pour la santé, et également en familiarisant des stagiaires d'autres pays avec les activités menées en Malaisie dans le domaine de la santé maternelle et infantile, de la nutrition, des soins de santé primaires et de la lutte contre les maladies diarrhéiques. La Malaisie est particulièrement reconnaissante à l'OMS de la coopération qu'elle lui a prêtée sous forme de services consultatifs et de bourses d'études.

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit que son Gouvernement attache une importance particulière au programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. Se reportant au paragraphe 88 du rapport du Directeur régional, il aimerait savoir quels sont les onze pays et zones de la Région où existent des plans nationaux de lutte contre ces maladies.

Le Dr TARANTOLA (Conseiller régional pour les maladies transmissibles), répondant à la question posée par le représentant du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, déclare qu'en 1979 un consultant de l'OMS s'est rendu dans plusieurs pays et, qu'à cette occasion, différents plans nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques ont été esquissés. Ces plans ont été mis au point sous forme définitive dans les pays et zones suivants : Fidji, Guam, Kiribati, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, îles Salomon, Tonga, Territoire sous tutelle des îles du Pacifique, Viet Nam. Dans six autres pays les plans ont été préparés sous forme préliminaire et l'on attend les versions définitives.

Le Dr SENILAGAKALI (Fidji), se référant aux paragraphes 35-43 du rapport (soins de santé primaires et technologie appropriée pour la santé) et, plus particulièrement, au paragraphe 39, note que des projets de soins de santé primaires ont été établis dans trois provinces de la République populaire de Chine. D'après le rapport, le réseau sera relié au plan international à des réseaux de soins de santé primaires semblables. Les projets de Chine reçoivent un appui financier considérable de l'OMS et du PNUD.

Chacun connaît les problèmes sanitaires qui sont propres aux Etats Membres insulaires de l'Organisation, problèmes dont la solution réside, dans certains cas, dans une approche insulaire. Tout en félicitant la Chine de la création de ses centres de soins de santé primaires, le Dr Senilagakali souhaite appeler l'attention sur la nécessité de créer des centres semblables dans les Etats Membres insulaires de l'OMS pour leur permettre de faire face aux différents problèmes pouvant surgir dans les efforts tentés pour instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Notant qu'il n'y a pas d'autres observations sur le rapport du Directeur régional, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié. (Voir l'examen du projet de résolution à la section 1.1 de la troisième séance).

8. EXAMEN DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME : Point 7 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC31/2, WPR/RC31/3, WPR/RC31/4, WPR/RC31/4 Corr.1 et WPR/RC31/5)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle que les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental pourraient montrer le chemin en adoptant l'approche soins de santé primaires afin d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. A l'OMS proprement dite, plusieurs innovations permettront d'apporter l'appui nécessaire pour mettre en oeuvre la stratégie régionale et collaborer avec les Etats Membres à l'application des stratégies nationales. Au nombre de ces innovations figurent la création du groupe régional de développement sanitaire, la redéfinition des fonctions de certains directeurs de programme en tant que personnels inter-pays pour leur permettre de coopérer avec les Etats Membres au moment voulu et dans les zones où ils sont le plus nécessaires, et enfin la création d'équipes pluridisciplinaires chargées de coopérer à la mise en place et à la prestation des soins de santé primaires.

L'exposé du programme par le Directeur régional pour la période biennale 1982-1983 peut être consulté aux pages quatorze à dix-neuf de l'introduction du document WPR/RC31/4. Le Directeur régional s'est efforcé d'analyser la situation actuelle et de dégager ce que signifierait l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 pour la Région du Pacifique occidental.

Les années 1982 et 1983 constituent la dernière période biennale du sixième programme général de travail et la deuxième pendant laquelle l'OMS exécutera dans la Région du Pacifique occidental un budget programme biennal pleinement opérationnel, conformément aux programmes régionaux à moyen terme élaborés en 1977. En 1980-1981, première période biennale pleinement opérationnelle, on a constaté que la souplesse accrue conférée par le cycle biennal adopté pour le budget programme permettrait de mener à bien les programmes de coopération, qui étaient alors adaptés aux besoins des pays.

L'établissement du budget programme à partir de la programmation à moyen terme est une notion intéressante, quoique difficile à mettre en pratique. L'expérience accumulée au cours du présent cycle de programmation à moyen terme est très utile. En 1982, le projet de septième programme général de travail pour la période 1984-1989 sera soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité régional examinera la question de sa préparation à un stade ultérieur de la session. Une fois que le septième programme général de travail aura été accepté, des programmes à moyen terme seront élaborés pour cette même période. Le programme de coopération que le Comité va examiner viendra appuyer des activités qui devraient jeter les bases nécessaires à la préparation de programmes à moyen terme bien conçus et dynamiques traduisant les priorités réelles fixées par la Région en vue de la santé pour tous en l'an 2000.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) ouvre le débat sur le budget programme.

8.1 Bilan d'exécution du budget de 1979 (Document WPR/RC31/3)

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) se reporte au document WPR/RC31/3. Le budget révisé qui figure à l'annexe 1 tient compte des montants dont le Comité régional a pris note à sa vingthuitième session en 1977, à la suite de quoi des modifications ont été apportées notamment en raison de l'accroissement de la coopération technique avec la République populaire de Chine. Le pourcentage d'exécution du programme, en termes monétaires, au titre du budget ordinaire pour 1979, est de 99,98 % - proportion légèrement plus élevée qu'en 1978, où elle était de 99,91 %.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande), se référant au point 5.1.4 du document WPR/RC31/3, note qu'un crédit de US\$381 000 est affecté à l'éradication de la variole et au programme élargi de vaccination; il est surpris de constater que le pourcentage d'exécution est seulement de 20,28 %. Il pensait, vu l'accent actuellement mis sur le programme élargi de vaccination, que le pourcentage serait beaucoup plus élevé.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) répond que, dans la structure de classification des programmes utilisée jusqu'à la fin de 1979, l'éradication de la variole et le programme élargi de vaccination constituaient un seul programme. Dans la nouvelle structure, le programme élargi de vaccination, dans le cadre duquel ont été exécutées toutes les activités de la Région, forme un programme distinct.

Il est certes regrettable qu'en raison d'une mauvaise gestion, il y ait eu sous-exécution, cela principalement parce que les fonds affectés aux différents éléments ont été sous-employés. Ainsi, le montant correspondant au traitement de vingt mois d'un technicien d'opérations sur le terrain n'a pas été utilisé en raison d'une vacance, et le montant correspondant au traitement de dix-neuf mois de consultant n'a pas davantage été employé. De même, le crédit

prévu pour la recherche sur la vaccination et pour des quantités importantes de fournitures et de matériel n'a pas été utilisé. On peut cependant espérer qu'à l'avenir le taux d'exécution sera beaucoup plus élevé.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) note que s'il est vrai que le budget a été exécuté dans une proportion de plus de 99,9 %, il y a de nettes différences entre les pourcentages d'exécution de nombreuses rubriques, allant d'environ 20 % pour l'éradication de la variole et le programme élargi de vaccination à environ 216 % pour l'établissement et le renforcement des services et institutions d'hygiène du milieu (6.1.5). Même pour le programme "Comité régional" (1.1.3), le pourcentage d'exécution est de 311 % de ce qui avait été prévu. M. Boyer compte revenir sur ce point par la suite, et notamment à propos du gaspillage de temps et de ressources causé par le fait de prolonger les sessions au-delà d'un weekend. Son inquiétude à cet égard s'explique par le fait que le document WPR/RC31/4 fait apparaître que le budget des sessions du Comité régional doublera entre 1980-1981 et 1982-1983. Il semblerait normal que le pourcentage d'exécution du budget soit raisonnablement proche du chiffre prévu.

Il voudrait qu'on lui donne une explication au sujet des extrêmes divergences observées, et qu'on lui dise comment cet état de choses peut s'accommoder de la règle selon laquelle les transferts d'une rubrique à l'autre en cours d'année ne doivent pas dépasser 10 %.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) répond qu'à la rubrique "Comité régional" pour 1979, le budget indiquait un montant de US\$38 000 et qu'en fait on a dépensé US\$118 000. Cette augmentation est principalement due à la création de deux sous-comités, celui du programme général de travail et celui de la coopération technique entre pays en développement, qui n'était pas prévue lors de l'élaboration du budget deux ans plus tôt. Ces sous-comités se réunissent deux fois par an, ce qui entraîne des frais considérables. Une autre raison qui explique l'accroissement est que le Comité régional s'est réuni à Singapour, d'où la nécessité d'augmenter le personnel d'appui. Il y a eu en outre des augmentations normales dues à l'inflation, qu'il n'avait pas été possible de prévoir.

En ce qui concerne les transferts entre sections de la résolution portant ouverture de crédits, il est vrai que l'Organisation ne dispose que d'une marge de 10 % au-dessus ou au-dessous du montant total de chaque section. Pour effectuer de tels transferts, il faut obtenir l'autorisation du Directeur général, qui doit ensuite opérer les coordinations nécessaires entre les diverses régions. S'il estime que la marge de 10 % doit être dépassée, le Directeur général doit demander l'autorisation du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé. Il est vrai que certains pourcentages d'exécution sont élevés mais il faut noter que la chose se produit souvent dans des sous-sections de sections particulières de la résolution portant ouverture de crédits, ce qui fait que le total des crédits afférents à la section intéressée n'est pas si gravement affecté.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes), répondant à la question de savoir pourquoi des taux d'exécution faibles coexistent avec des taux très élevés, explique que le faible taux d'exécution de la promotion et du développement de la recherche par exemple, tient essentiellement au fait que le Bureau régional essaie actuellement d'affecter les crédits de la recherche aux zones de programme appropriées. Tel montant budgétaire

inscrit au départ à la rubrique promotion et développement de la recherche a pu au moment de l'exécution être affecté aux différentes zones de programme en application du principe de décentralisation des activités de recherche. En raison des besoins du programme et du développement des activités de recherche, en ce qui concerne notamment le paludisme (5.1.3), certaines subventions à la recherche non inscrites au programme ont été remises à différents chercheurs dans les Etats Membres. Il est également arrivé que les pays demandent des postes supplémentaires pour leurs programmes antipaludiques.

On peut citer en exemple de sous-utilisation la nutrition (3.2.4), où les bourses d'études initialement inscrites au programme n'ont pas été utilisées par les pays intéressés. Au poste cancer (5.2.2), le taux d'exécution est élevé puisqu'il atteint 183 %. Les activités initialement inscrites au programme d'éradication de la variole et au programme élargi de vaccination (PEV) ont été transférées au développement des services de santé dans l'idée que leur efficacité en serait augmentée.

En ce qui concerne le cancer (5.2.2), l'Organisation a reçu de la République populaire de Chine et de la République de Corée une demande d'activités qui n'était pas attendue. A la rubrique santé mentale (5.2.6), la réunion du Groupe de coordination régionale pour le programme de santé mentale qui n'était pas prévue a entraîné une légère augmentation des besoins. Ceux-ci sont également en augmentation dans le domaine de la politique et de la gestion pharmaceutiques (5.3.2), où il a fallu créer un poste de scientifique, qui n'est pas encore pourvu, ce qui explique la sous-exécution. Pour les préparations pharmaceutiques (5.3.3), la sous-exécution est due au fait qu'il y a eu peu de demandes de fournitures et de matériel de la part des pays concernés. Pour les produits biologiques (5.3.4), de même le crédit prévu pour trois mois de consultant n'a pas été utilisé. Pour la technologie de laboratoire de santé (5.3.5), le taux d'utilisation est élevé parce que différents Etats Membres ont demandé qu'on organise des ateliers et des cours et qu'il est prévu des crédits pour un consultant, ainsi que pour des fournitures et du matériel. Sous "planification pré-investissement pour les services d'assainissement de base" (6.1.3), le taux d'exécution est élevé en raison des augmentations des coûts de formation et des coûts de planification pré-investissement pour l'eau et les eaux usées. Même constatation pour l'établissement et le renforcement des services et institutions d'hygiène du milieu (6.1.5), parce qu'il a fallu entreprendre certaines activités non prévues, en particulier octroyer des bourses d'études en République de Corée et envoyer un ingénieur sanitaire pendant douze mois en Malaisie. Au poste développement des services de statistiques sanitaires (7.1.4), on observe également un développement inattendu des activités régionales en liaison avec les systèmes nationaux d'information sanitaire. Pour les services de documentation (7.2.2), le taux d'exécution n'a été que d'environ 70 % parce que le crédit prévu pour un consultant n'a pas été utilisé. Pour l'aide aux programmes dans les pays (9.2), le taux d'exécution est élevé, cela surtout en raison de l'augmentation du coût des dépenses de fonctionnement de l'OMS et, en particulier, des bureaux des coordonnateurs des programmes OMS; ceci couvre une augmentation des traitements des coordonnateurs des programmes OMS et, dans le cas de la Malaisie, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée et du Viet Nam, l'achat de véhicules ainsi que l'augmentation du coût des voyages.

En réponse à une question du Dr ACOSTA (Philippines), le Dr HAN explique que la non utilisation du montant de US\$6000 présenté sous "programme coopératif de développement" (2.2.3) vient de ce qu'un crédit prévu pour une réunion du Sous-Comité de la Coopération technique entre pays en développement a été transféré aux Comités régionaux (1.1.3).

8.2 Rapport sur l'utilisation du programme du Directeur régional pour le développement pour 1979 et 1980-1981

Se reportant au document WPR/RC31/5, qui donne la liste des activités financées en 1979 au titre du programme du Directeur régional pour le développement, le Dr HAN précise que US\$643 600 ont été alloués au programme pour 1980-1981. Sur ce total, une somme de US\$123 100 a été virée au programme de soins de santé primaires pour l'élaboration de stratégies d'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. L'utilisation du solde de US\$520 500 sera programmée à un stade ultérieur de la période biennale.

8.3 Examen du projet de budget programme pour 1982-1983 : Point 7.1 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC31/4 et WPR/RC31/4 Corr.1)

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) explique au Comité régional la façon dont le document WPR/RC31/4 a été établi, puis il souligne un certain nombre de principes directeurs et grandes lignes qui ont servi à préparer le projet de budget programme pour 1982-1983.

1) Il s'agit du premier budget programme préparé dans le cadre de l'élaboration, par les Etats Membres eux-mêmes, de politiques, stratégies et plans d'action nationaux et, par l'OMS, de stratégies régionales et mondiale d'appui dans la perspective de cet objectif social fondamental qu'est la santé pour tous en l'an 2000. Les ressources de l'OMS seront donc concentrées en 1982-1983 sur la collaboration avec les Etats Membres pour l'élaboration et la mise en oeuvre des stratégies nationales, régionales et mondiale.

A l'heure actuelle, les pays et zones de la Région n'ont pas tous fini d'établir leurs stratégies nationales. Il semble cependant que ceux qui l'ont fait ont pris ces stratégies en considération pour l'établissement du budget programme pour 1982-1983, comme en atteste l'accroissement tendanciel des propositions de programmes ayant trait à la santé pour tous. C'est ainsi que l'on note une augmentation des crédits alloués aux soins de santé primaires, considérés comme l'élément indispensable à l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000; les pays sont en effet plus nombreux à proposer des activités de soins de santé primaires - essentiellement formation à titre individuel et conférences-ateliers. On a également noté une augmentation du nombre de propositions ayant trait à certains éléments cruciaux des soins de santé primaires, tels que la mise en place de systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la lutte contre les maladies transmissibles, la promotion de l'approvisionnement alimentaire et d'une bonne nutrition ainsi que les activités de développement des personnels de santé.

Autre tendance significative, les crédits alloués à la planification et à la gestion des services de santé sont en diminution, alors que davantage de fonds sont affectés au programme de développement des personnels de santé, notamment à la promotion de la formation. Cette

diminution vient sans doute de ce que certains projets devraient arriver à leur terme et que du personnel OMS en poste dans certains pays pour des périodes de longue durée est peu à peu remplacé par des experts nationaux. Aussi les propositions relatives à la promotion de la formation ont-elles augmenté en nombre, de façon à développer les capacités nationales.

Comme, pour l'instant, le projet de budget programme n'est présenté qu'en termes de grands programmes, les pays et zones qui sont en train d'élaborer leurs stratégies auront l'occasion d'établir avec l'OMS des programmes détaillés de coopération technique à une date plus rapprochée de la période de mise en oeuvre.

2) Le chiffre de planification par pays est une caractéristique importante de la préparation et de l'établissement du budget programme pour 1982-1983. Il faut préciser que le chiffre provisoire de planification utilisé par l'OMS n'est pas la même chose que le chiffre indicatif de planification (CIP) du PNUD, souvent considéré comme la "propriété" d'un pays. Ce chiffre provisoire de planification de l'OMS ne représente qu'un ordre de grandeur pour les besoins de l'établissement du budget programme. L'OMS se réserve la possibilité de reprogrammer les activités avec souplesse et de redéployer les ressources, non seulement à l'intérieur d'un pays mais encore entre pays, voire entre régions, selon ce qui pourrait être nécessaire.

3) Comme en 1980-1981, le budget programme à l'étude prévoit une certaine souplesse au niveau de la mise en oeuvre. Au stade actuel, il n'a pas été demandé aux gouvernements de soumettre des détails sur les projets mais uniquement des montants généraux par programme. Les besoins détaillés seront définis à un stade ultérieur, lorsqu'on connaîtra avec plus de précision les priorités et les tendances du programme.

4) Le projet de budget programme pour 1982-1983 s'élève à US\$38 769 000, soit une augmentation de US\$5 774 000, ou 17 % environ, par rapport aux crédits prévus pour la période biennale 1980-1981. Sur ce total, US\$1 060 000, soit 3,2 %, représentent l'augmentation estimative "réelle" du programme. Le solde de US\$4 714 000, soit 13,8 %, correspond à l'augmentation estimative des coûts due à l'inflation et à d'autres facteurs.

5) Actuellement, l'ensemble des crédits prévus pour la période biennale 1982-1983, c'est-à-dire le budget ordinaire plus les contributions provenant d'autres sources, paraît inférieur au total pour 1980-1981. La raison en est que les contributions extrabudgétaires pour 1980-1981 représentent environ 34 % du total, ou 53 % du budget ordinaire. Pour 1982-1983, on n'a retenu qu'une estimation très modeste des ressources extrabudgétaires ou de celles dont on jugeait qu'elles avaient toutes chances d'être maintenues. D'autres contributions provenant de sources extrabudgétaires sont attendues. On pense que le niveau des contributions extrabudgétaires pour la période 1982-1983 égalera, s'il ne le dépasse pas, le montant reçu pour la période 1980-1981.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) déclare que l'exposé sur lequel s'ouvre le document WPR/RC31/4 montre effectivement comment le nouveau concept de la santé pour tous peut être concrétisé en termes de dollars. Pour la première fois, le concept a été intégré au budget; il est donc

important que les Etats Membres examinent le document sérieusement, tant au Comité régional qu'à l'Assemblée mondiale de la Santé. D'après l'expérience de M. Boyer on a tendance à discuter longuement ces documents volumineux, puis à les approuver sans modification, en raison surtout des difficultés que présente leur examen. Si les Etats Membres de la Région jugent nécessaire de réviser le document, ils doivent le faire avant que le budget programme régional ne soit réuni au budget de l'OMS à l'Assemblée de la Santé. Il est important de maintenir les priorités fixées par les Etats Membres. Le Directeur général s'est souvent plaint que les délégations se rendent à l'Assemblée de la Santé, votent pour le grand objectif des soins de santé primaires puis, de retour chez eux pour établir les programmes de leur pays, demandent par exemple des réalisations faisant appel à une haute technologie pour des hôpitaux urbains, qui ne cadrent pas avec le concept des soins de santé primaires. Il vaut donc la peine d'aider le secrétariat à faire en sorte que les priorités de l'Organisation soient respectées. M. Boyer comprend parfaitement la nécessité de ménager la souplesse face à l'évolution des problèmes de santé et des situations. Il est important que l'OMS et ses Etats Membres tiennent compte de cette évolution, puisque le budget programme va jusqu'en décembre 1983. Comme l'a souligné la résolution WHA32.30, l'OMS doit saisir toutes les occasions pour réaffecter les ressources jusqu'alors consacrées à des programmes de moindre utilité aux soins de santé primaires et à la santé pour tous.

8.3.1 Résumé par grand programme, par programme et par source de fonds (pages 2-6)

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) est d'avis que le montant à peine supérieur à \$1 million que le budget ordinaire prévoit pour la planification et la gestion en matière de salubrité de l'environnement ne tient pas suffisamment compte de l'ampleur de la tâche nécessaire pour faire face aux besoins fondamentaux en aliments, en eau et en logements, tels qu'ils sont exposés dans le document sur les stratégies. Si l'on veut atteindre pour 1990 les buts de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, il faudra assurer à certains pays un appui technique même pendant la période de planification de trois ans qui est envisagée, et augmenter les crédits affectés à ce programme d'une importance capitale.

M. HOANG HOAN NGHINH (Viet Nam) déclare qu'il faut soigneusement calculer les crédits affectés aux différents pays pour faire face à leurs besoins; il faut également ménager suffisamment de souplesse pour permettre à tout pays de transférer les ressources d'une zone de programme à une autre. Il serait intéressant de connaître la justification de la réduction des crédits affectés à son pays en 1982-1983 par rapport à 1980-1981.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) souligne que le budget ordinaire est limité et que la proposition au PNUD, qui sera examinée ultérieurement, met en avant le rôle des gouvernements dans la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Un programme régional a été établi et peut être communiqué aux participants. Les dépenses pour la Décennie dépasseront de loin les modestes ressources de l'OMS, et l'appui financier de la Banque mondiale ainsi que d'autres sources extrabudgétaires sera essentiel.

Le DIRECTEUR REGIONAL explique au représentant du Viet Nam que si les crédits affectés à son pays paraissent en diminution par rapport aux années antérieures, cela est dû en partie au fait que des versements importants ont été faits ces années-là en vertu de la résolution de l'Assemblée de la Santé demandant une assistance spéciale pour le Kampuchea démocratique, la République démocratique populaire lao et la République socialiste du Viet Nam. Certains Etats Membres coopèrent maintenant plus intensivement que précédemment avec l'OMS, mais les montants affectés à la Région du Pacifique occidental n'ont pu être augmentés en proportion. Les crédits inscrits au budget ordinaire ont été distribués entre les pays, mais il est impossible de faire face à tous les besoins. Il faut se rappeler que le document soumis au Comité ne tient compte que des fonds extrabudgétaires fermement engagés. Le total effectif sera certainement supérieur. Les montants affectés aux pays ont seulement un caractère indicatif et pourront être révisés pour tenir compte des modifications qui se produiront.

En ce qui concerne la Décennie de l'eau potable, l'intérêt des gouvernements de la Région du Pacifique occidental est plus manifeste que dans certaines autres Régions. Un obstacle majeur tient à ce que dans de nombreux pays c'est le ministère des travaux publics et non le ministère de la santé qui est responsable de l'approvisionnement en eau. Au niveau international toutefois, l'OMS est de toutes les institutions des Nations Unies celle qui est considérée comme s'intéressant de plus près à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement en milieu rural. Le gaspillage d'eau propre fait également obstacle à la réalisation des buts de la Décennie et il est indispensable de faire un travail d'information important dans la population.

Le Dr RIDINGS (Samoa) pense qu'un effort plus important est nécessaire pour le programme élargi de vaccination; or, les crédits proposés pour 1982-1983 accusent une diminution.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) précise qu'une grande partie des activités en matière de vaccination sont maintenant menées dans le cadre des programmes de développement des services de santé. Le nombre de postes a également diminué et les gouvernements assument une plus grande responsabilité concernant l'approvisionnement.

Le Dr KHALID (Malaisie) aimerait savoir si la réduction apparemment draconienne du montant affecté à la santé de la famille s'explique par une restructuration du budget ou bien par une réduction réelle des activités.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) indique que les ressources extrabudgétaires, notamment celles du FNUAP, occupent à cet égard une place importante. Le FNUAP a alloué des sommes importantes à la Chine pour les deux années 1980-1981. De plus, on ne connaît pas encore avec certitude les montants qui seront versés en 1982 et 1983, de sorte qu'ils ne figurent pas dans le projet de budget programme. Mais les activités se poursuivront à tout le moins au même niveau. Les estimations relatives aux crédits extrabudgétaires pour 1982-1983 sont modestes; on s'attend en fait que ces fonds atteignent, ou même dépassent, les niveaux de 1980-1981.

M. VAUGHN (Australie) aimerait savoir si l'augmentation de 17,5 % du budget régional s'articule avec l'augmentation de 4 % votée par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il serait bon de donner dans le prochain document budgétaire des explications d'ordre financier et les raisons des écarts entre les estimations pour 1982-1983 et celles pour 1984-1985.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) explique que l'augmentation de 4 % prévue par la résolution de l'Assemblée de la Santé est une augmentation en termes réels. Sur l'augmentation de 17,5 % du budget de la Région du Pacifique occidental pour 1982-1983, 3,2 % représente une augmentation réelle et 14,3 % une augmentation des coûts due à l'inflation. (Voir la suite de la discussion à la section 1.1 de la deuxième séance).

La séance est levée à 12 h 02

ANNEXE 1

ALLOCATION DU PRESIDENT SORTANT

Honorables Représentants des Etats Membres de la Région du Pacifique occidental, Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, Monsieur le Directeur du Bureau régional du Pacifique occidental, Messieurs les Représentants des organisations non gouvernementales et des institutions spécialisées des Nations Unies, Honorables hôtes, Mesdames et Messieurs :

Je dois tout d'abord m'excuser de ne pouvoir assister à cette trente et unième session du Comité régional comme je l'aurais souhaité. Des questions urgentes requièrent malheureusement mon attention personnelle. Je suis cependant extrêmement reconnaissant au Directeur régional, le Dr Hiroshi Nakajima, qui a bien voulu consentir à présenter cette allocution en mon nom.

J'ai eu grand plaisir à présider la trentième session du Comité régional et je tiens à dire combien j'ai apprécié le privilège et l'honneur qui m'étaient ainsi accordés. Cette lourde tâche a été facilitée par votre soutien et votre coopération ainsi que par le concours précieux du secrétariat du Bureau régional. Je tiens en outre à remercier le Directeur régional des orientations qu'il m'a données et à le féliciter du programme très satisfaisant accompli dans la Région.

Permettez-moi de résumer les principaux points soumis au Comité régional à sa dernière session. La situation économique incertaine à laquelle le monde reste confronté a renforcé la volonté des pays d'accorder un rang de priorité élevé au développement économique. Comme les ressources sont limitées, il est inévitable que le développement sanitaire piétine et entre en concurrence avec nombre d'autres programmes socio-économiques. Malgré ces contraintes, la Région réussit à surmonter les difficultés et les problèmes et à obtenir des résultats remarquables dans ce secteur. Il est réconfortant de constater que les Etats Membres poursuivent leurs efforts pour appliquer la technologie appropriée et consacrer leurs ressources au développement sanitaire, puisque le développement socio-économique est largement tributaire de la santé de la population. Les Etats Membres sont en bonne voie en ce qui concerne l'établissement de stratégies nationales. Le Septième programme général de travail aura pour but de les aider à affiner et à appliquer ces stratégies et à évaluer les progrès réalisés par rapport au but fixé.

Je note avec plaisir que le Bureau régional du Pacifique occidental a fourni son appui aux Etats Membres pour leur permettre d'établir de nouveaux programmes ou de renforcer les programmes existants. Le Bureau régional a activement collaboré à l'établissement d'un système régional d'information destiné à mettre à jour les données sur la situation du cancer, et à la mise en commun avec les Etats Membres d'informations sur le programme élargi de vaccination. Il a également coordonné les activités de formation et de recherche dans le domaine du paludisme et dans le renforcement du programme régional de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Je suis persuadé que, résolu et déterminés comme nous le sommes, nous ne pouvons manquer de nous rapprocher du but, qui est d'amener tous les peuples du monde à un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement utile et économiquement productive d'ici l'an 2000.

Pour finir, permettez-moi de profiter de cette occasion pour vous souhaiter à tous un plein succès dans vos délibérations.