



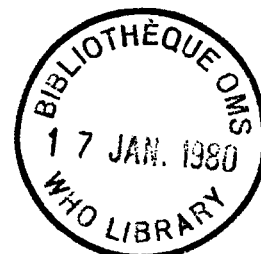
CONSEIL EXECUTIF

Soixante-cinquième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUATRIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Jeudi 10 janvier 1980, à 14 h.30

PRESIDENT : Dr A. M. ABDULHADI



Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Nomination du Directeur régional pour l'Afrique	2
2. Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme	2

Note : Le présent procès-verbal est un document provisoire, les comptes rendus des interventions n'ayant pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci. Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences qui assiste aux séances, soit être envoyées au service des Comptes rendus (Bureau 4012, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, cela avant le 7 mars 1980.

QUATRIEME SEANCE

Jeudi 10 janvier 1980, à 14 h.30

Président : Dr A. M. ABDULHADI

Le Conseil se réunit en séance privée de 14 h.30 à 16 heures
et en séance publique à partir de 16 h.25

1. NOMINATION DU DIRECTEUR REGIONAL POUR L'AFRIQUE : Point 17 de l'ordre du jour
(document EB65/17)

Le Dr PATTERSON (Rapporteur), prenant la parole à l'invitation du Président, donne lecture de la résolution suivante, adoptée par le Conseil en séance privée :

Le Conseil exécutif,

Vu l'article 52 de la Constitution de l'OMS et l'article 4.5 du Statut du Personnel;

Vu la désignation et la recommandation faites par le Comité régional de l'Afrique à sa vingt-neuvième session,

1. NOMME à nouveau le Dr Comlan A. A. Quenum en qualité de Directeur régional pour l'Afrique à compter du 1er février 1980;
2. AUTORISE le Directeur général à prolonger le contrat du Dr Comlan A. A. Quenum en qualité de Directeur régional pour l'Afrique pour une période de cinq ans à compter du 1er février 1980, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel.

Le texte de la résolution est accueilli par des applaudissements.

Le PRESIDENT, parlant en son propre nom et au nom des membres du Conseil, félicite le Dr Quenum d'avoir été reconduit dans ses fonctions et souhaite que le succès qu'ont rencontré ses initiatives dans la Région africaine ne se démentisse pas.

Le Dr QUENUM (Directeur régional pour l'Afrique) remercie les membres du Conseil de la confiance qu'ils lui ont témoignée. Il est sincèrement reconnaissant au Conseil d'avoir souscrit à sa nomination par le Comité régional de l'Afrique.

2. SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE ET DE LA STRATEGIE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME (RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME AU CONSEIL EXECUTIF) : Point 9 de l'ordre du jour (document EB65/7)

Le Dr SEBINA présente le rapport du Comité du Programme. A la demande du Conseil, le Comité, à sa quatrième réunion, est revenu sur l'examen d'un rapport du Directeur général sur la surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme (document EB65/PC/WP/2). Le Comité s'est félicité de voir que ce rapport était rédigé différemment des rapports précédents et que, plutôt que de décrire ce qui a été fait en matière de coopération technique dans tel ou tel domaine, il passait en revue le large éventail des politiques et stratégies sanitaires adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé aux termes de récentes résolutions (résolutions WHA28.75, WHA28.76, WHA29.48, WHA30.30 et WHA30.43 notamment), tout en faisant une place spéciale à l'évolution au niveau des Régions et des pays.

Après l'introduction, la deuxième partie (paragraphe 3 à 68) du rapport du Directeur général traite des aspects suivants : la participation accrue des Etats Membres à l'élaboration des programmes; l'usage accru des compétences nationales au niveau des pays; le nouveau système de budgétisation-programmation au niveau des pays; les efforts faits par les Etats Membres pour faciliter une approche intersectorielle de la planification et de la programmation dans l'optique soins de santé primaires; la progression vers la création de centres régionaux et nationaux pour le développement sanitaire; les mécanismes créés ou envisagés pour renforcer le concept de coopération technique entre pays en développement dans le cadre des activités de l'OMS dans les pays; enfin, le recours accru aux organisations non gouvernementales, en particulier au niveau des pays.

Le Comité a reconnu qu'il faudrait avoir davantage d'expérience pour pouvoir élaborer et appliquer correctement les modalités de budgétisation-programmation les plus efficaces au niveau des pays; il estime que l'une des difficultés fondamentales à cet égard est l'absence d'une formule universellement acceptable pour l'allocation de fonds tant aux régions qu'aux pays. L'annexe 3 du rapport du Directeur général décrit l'établissement de critères pour la répartition des ressources entre les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est - opération que les membres du Conseil trouveront sans doute intéressante et à laquelle on se propose également de procéder dans la Région africaine.

Le Comité a admis que tant que les pays n'auront pas adopté une approche plus large de la santé et cessé de se concentrer sur les aspects curatifs de la médecine pour assurer la promotion sanitaire en faisant appel à des agents de première ligne, on n'observera pas d'amélioration sensible de la situation sanitaire générale. Les soins de santé primaires exigent une approche intersectorielle et il faudra consentir de plus grands efforts pour établir des conseils consultatifs nationaux de la santé ou renforcer ceux qui existent.

Les pays en développement, a estimé le Comité, ne peuvent améliorer radicalement leur situation sanitaire que par des politiques et des actions favorables à l'autoresponsabilité; le rôle de la coopération technique entre pays en développement (CTPD) est particulièrement important à cet égard. D'un autre côté, le Comité a aussi souligné qu'il fallait encourager la coopération technique entre pays développés et pays en développement (paragraphe 7) car les uns comme les autres ont encore de nombreux enseignements à tirer de leur expérience mutuelle en matière de développement sanitaire.

A ce propos, le Comité souhaite attirer particulièrement l'attention du Conseil sur les paragraphes 8, 9 et 10 de son rapport. La nouvelle approche de la CTPD exigera probablement une intensification des programmes inter-pays et interrégionaux. Or, la valeur actuelle de certains de ces programmes a été mise en doute, comme indiqué au paragraphe 8; aussi le Comité propose-t-il au Conseil d'envisager la possibilité d'entreprendre une évaluation de ces programmes pour déterminer si certains d'entre eux ne sont pas devenus sans objet.

Le Comité sait que, dans les régions rurales et écartées, la protection sanitaire est souvent assurée, en dehors de l'OMS, par des groupes bénévoles. Comme il faudra développer d'autres mécanismes pour instaurer une collaboration plus large en matière de soins de santé primaires dans le cadre du développement communautaire, le Comité signale à l'attention du Conseil (paragraphe 9) l'intérêt que pourrait présenter une coopération active, et peut-être plus officielle, avec ces groupes.

Le Comité est d'avis qu'on ne saurait trop souligner l'importance de la recherche et de la science dans la détermination des politiques sanitaires, comme le montre le rapport du Directeur général. Il estime (paragraphe 10) qu'aucun programme ne saurait être efficace s'il ne s'appuie sur une recherche judicieusement organisée et, tout en comprenant très bien que la recherche est un dénominateur commun à tous les programmes techniques de l'Organisation, il pense que le Conseil pourrait peut-être examiner comment mettre l'accent comme il convient sur la recherche et le rôle de celle-ci dans la détermination des politiques de l'OMS.

La troisième partie (paragraphes 69 à 72) du rapport du Directeur général décrit brièvement comment l'activité de l'Organisation a été réorientée, au niveau budgétaire et financier, en vue de parvenir à l'objectif fixé par la résolution WHA29.48, aux termes de laquelle 60 % du budget ordinaire doivent être consacrés à la coopération technique.

Le Comité souligne (paragraphe 12 de son rapport) que si la réalisation d'un rapport 60 %:40 % au profit de la coopération technique dans le budget ordinaire correspond à l'objectif quantitatif ou "élément économique normatif" de la résolution WHA29.48, c'est la dynamique du programme qui revêt le plus d'importance et qu'il faut évaluer sous l'angle de sa contribution aux politiques, stratégies et programmes poursuivis aux niveaux national, régional et mondial en vue d'atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000. En fait, la résolution WHA29.48 n'est pas une fin en soi, mais tout simplement une étape, aussi importante soit-elle, vers la réorientation de l'Organisation sur la voie menant à cet objectif.

Par conséquent, si la mise en oeuvre de la résolution WHA29.48 est d'ores et déjà assurée, la question de la surveillance, jusqu'à l'horizon 2000, de la progression systématique vers l'objectif "santé pour tous" continue à exiger l'attention du Conseil. A ce propos, le Comité estime que l'obligation constitutionnelle faite aux Etats Membres de rendre compte chaque année de la situation sanitaire sur leur territoire revêt une importance indéniable, tout en considérant que ces rapports auraient beaucoup plus de valeur si les éléments servant à évaluer les progrès réalisés vers l'objectif général pouvaient être identifiés. C'est pourquoi le Comité

se redit pleinement convaincu que seule la définition d'indicateurs de santé réalistes et d'objectifs quantitatifs pourrait garantir aux Etats Membres qu'ils progressent vers cet objectif et leur permettre d'en rendre compte de façon satisfaisante. Le Comité prie donc instamment le Conseil (paragraphe 13 de son rapport) de se pencher sur cette question.

Le rapport du Directeur général prévoyait cette éventualité et, en fait, il se termine par une demande de directives de la part du Comité du Programme et du Conseil exécutif quant à l'objectif vers lequel devront tendre les rapports de surveillance à l'avenir. Comme il le dit au paragraphe 16 de son propre rapport, le Comité a retenu la proposition tendant à ce qu'un prochain rapport de surveillance soit analytique et non anecdotique et s'attache sélectivement à d'importants faits nouveaux visant à mettre en oeuvre les politiques et les stratégies actuelles en vue d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000, de préférence en les illustrant par un panorama d'activités essentielles.

En conclusion, le Comité recommande donc que le Conseil examine la proposition tendant à ce que la surveillance exercée par le Comité du Programme sur les opérations de programmation à l'OMS soit désormais axée sur la façon plus ou moins efficace dont les ressources sont utilisées pour appuyer le but suprême de l'Organisation.

Le Dr MARCIAL fait observer que les documents dont le Conseil est saisi portent sur un certain nombre de questions extrêmement importantes. Ce qui est évident, c'est que les Etats Membres doivent participer davantage à l'élaboration de la politique et de la stratégie en matière de budget programme, qu'ils doivent recevoir davantage de renseignements à cet égard et qu'ils doivent être encouragés à utiliser leurs propres ressources - et à cesser de considérer l'OMS simplement comme une source de financement.

Il y a lieu de se féliciter de ce que le Comité du Programme souligne l'importance d'une approche intersectorielle (faisant intervenir les domaines de la santé, de l'agriculture, de l'éducation, de l'environnement, et autres secteurs apparentés) mais cette approche, qui implique des changements, se heurtera à une résistance considérable, et souvent dans des secteurs critiques - par exemple au sein des professions de la santé.

La coopération technique entre pays en développement, et d'ailleurs tout le domaine de la coopération entre les pays, doit être abordée dans une optique nouvelle et là encore, on ne saurait trop souligner l'importance d'une meilleure information des Etats Membres au sujet des nouveaux programmes.

Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme : Point 9 de l'ordre du jour (document EB65/7)

Le Professeur AUJALEU présente des observations sur le caractère généralement positif du rapport du Comité du Programme, qui couvre les principaux points soulevés par le Directeur général en relation avec cette question à l'ordre du jour. Le rapport du Directeur général lui paraît bon, parce qu'il met l'accent sur le problème de l'autoresponsabilité (qui n'est pas l'autosuffisance), aussi bien dans la formulation des programmes que dans leur application au niveau des pays.

L'intervenant dit qu'il aimerait avoir davantage de renseignements sur l'établissement de critères pour l'allocation des fonds entre les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et sur leur application ultérieure à d'autres Régions.

Le document a un autre avantage aux yeux du Conseil : il a su mettre en valeur les difficultés et les obstacles en ce qui concerne le développement de la coordination intersectorielle. La résistance au changement est un phénomène bien connu dont il faut se préoccuper sérieusement.

Le Comité du Programme a fait la part équitable entre la coopération entre pays en développement d'une part et la coopération entre pays industrialisés et pays en développement d'autre part. On a peut-être eu tendance dans le passé à sous-estimer la valeur de ce que les pays industrialisés peuvent apporter, non pas en argent, mais sous la forme de conseils concernant le rendement des investissements en programmes de santé publique, et les incidences, sur la situation sanitaire, de l'industrialisation, de l'urbanisation et autres problèmes qu'ils connaissent bien eux-mêmes. La recommandation du Comité à cet égard mérite d'être appuyée.

D'un autre côté, le Professeur Aujaleu doute de la nécessité de la recommandation qui figure au paragraphe 17 du rapport du Comité. Il est certainement évident maintenant que les

ressources doivent être utilisées avec efficacité et efficience, et qu'elles doivent servir à promouvoir et à épauler la formulation et la mise en oeuvre de politiques et de stratégies pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.

Malgré ces réactions généralement favorables au rapport du Comité, un élément suscite une très grosse réserve de la part de l'intervenant. C'est le paragraphe 15, où il est dit que l'une des fonctions du Conseil consultatif mondial du développement sanitaire serait de surveiller de façon indépendante les progrès réalisés dans une perspective multisectorielle en vue d'arriver à la santé pour tous d'ici l'an 2000. Craignant que la mise en oeuvre de cette recommandation ne prive le Conseil exécutif de ses prérogatives à cet égard et ne fasse passer dans d'autres mains une responsabilité qui appartient au Conseil, le Professeur Aujaleu demande instamment que celui-ci se penche à nouveau sur ce problème.

Le Dr TOLENTINO dit que bon nombre de problèmes doivent être considérés dans un contexte social. Leur solution ne peut être trouvée que par une approche globale qui prenne en compte les facteurs économiques, sociaux et culturels, car elle nécessite un changement fondamental du comportement sanitaire des personnes et la création de conditions de nature à permettre des améliorations. Le Dr Tolentino appuie sans réserve l'action de l'OMS et les nouvelles orientations données par la Conférence d'Alma-Ata, dans le sens d'une action intersectorielle pour la réalisation des soins de santé primaires. Elle relève avec plaisir que de nombreux pays en développement ont créé des conseils consultatifs de santé ou d'autres organismes similaires. Une attention spéciale devrait être accordée, au niveau de ces mêmes pays, aux structures exécutives responsables de la concrétisation des plans et des programmes. Ce qui se passe, c'est que ces programmes sont souvent définis de façon globale, mais ne sont ensuite exécutés que de façon très compartimentée.

Les programmes exécutés dans de nombreux pays sont financés au moyen de ressources d'origine très différente. Il est indispensable d'établir au niveau régional, mais surtout au niveau des pays, des programmes de formation en matière de planification sanitaire et de technique de travail en équipe qui permettraient aux cadres de coopérer dans les différents domaines qui concernent l'implantation des soins de santé primaires. Dans les pays qui souffrent sérieusement du manque de cadres qualifiés, il est difficile de faire déplacer un groupe de personnes hors du pays pour qu'ils participent à un programme de formation intersectorielle; mais, si le programme était réalisé dans le pays même, cette participation serait beaucoup plus efficace parce qu'elle serait élargie à beaucoup plus de secteurs.

Le Dr SAMBO (suppléant du Dr Fernandes) approuve l'excellent rapport du Comité du Programme, qui lui paraît cependant peu encourageant, en ce sens que, au paragraphe 4 de ce document, on parle beaucoup plus qu'on agit; or, dans de nombreux pays, la volonté de mettre en oeuvre les politiques nécessaires pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 est absente. L'intervenant est heureux de constater que l'on établit des conseils consultatifs nationaux de la santé ou que l'on renforce ceux qui existent; mais, à son avis, il est nécessaire de définir la constitution ou les attributions de ces conseils nationaux de la santé. Il est à craindre que trop de diversité dans les désignations entre les régions et entre les pays ne conduise à des mécanismes nationaux différents, ce qui pourrait entraver les actions futures.

Le Dr Sambo estime comme Mme Tolentino que l'existence d'une planification sanitaire bien structurée au niveau de chaque pays est fondamentale pour la réussite des conseils nationaux pour la santé. Certains pays ont des moyens techniques et matériels limités pour planifier, définir des priorités, procéder à des évaluations et ajuster les plans de santé de façon qu'ils comportent des programmes conçus en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. L'aide permanente de l'OMS pour l'établissement de plans sanitaires dans les pays est donc essentielle.

Le Dr FARAH dit qu'au niveau des régions il y a une prise de conscience de plus en plus nette et une participation plus accentuée des membres de la région en ce qui concerne l'application de la politique et de la stratégie de budgétisation-programmation. Mais, dans la plupart des pays, on n'en est encore qu'aux premiers stades. La solution de la répartition des fonds en Asie du Sud-Est et les efforts déployés dans la Région africaine sont mentionnés dans le rapport. Mais ce qui importe le plus, ce n'est pas tellement les critères de répartition des fonds, ce n'est pas non plus le montant des fonds à répartir. Dans une région, certains pays nantis ont renoncé à leur droit à ces fonds au profit des pays moins nantis. Ces fonds ne

vont pas se substituer aux fonds nationaux. Ils auront plutôt un effet de catalyseur. Ce qui importe donc, c'est l'imbrication de ces fonds dans les budgets nationaux sous l'angle de la programmation. Il est relativement aisé dans un pays neuf de bâtir un édifice harmonieux qui s'équilibre et qui se tient, en partant d'une programmation sanitaire par pays. Le plus difficile, dans l'application de la politique de budgétisation à l'intérieur des pays, c'est de composer avec les traditions plus ou moins anciennes, qui peuvent ne pas être rationnelles, mais qui ont l'avantage de faire partie d'un tout équilibré dans le cadre du développement socio-économique de ce pays. Cependant, il faut opérer des changements, et le meilleur moyen pour cela c'est de faire intervenir l'approche intersectorielle. Il faut impliquer tous les départements ministériels et leur démontrer que, si le système sanitaire demande un réajustement pour une meilleure efficacité, la conjugaison des efforts de tous est un garant de rentabilité et d'un haut niveau socio-économique de la population.

Le Dr GALEGO PIMENTEL estime que, si la présentation du rapport du Comité du Programme a été améliorée, celui-ci ne fournit pas encore les renseignements voulus pour lui permettre de surveiller la mise en oeuvre de la politique et de la stratégie du budget programme. Il y a contradiction entre le titre et le contenu du rapport.

Les années précédentes, le Conseil recevait une grande abondance de détails et le débat portait sur le contenu précis du programme plutôt que sur la surveillance de son application. Ainsi qu'il est indiqué au paragraphe 1, le rapport est axé sur les aspects plus généraux. Toutefois, les observations présentées ont maintenant un caractère tellement général qu'il n'y a pas de véritable évaluation des résultats et des réalisations. La deuxième section du rapport annexe du Directeur général énumère différents sujets, qui sont importants, mais on n'y trouve aucune indication nette de résultats concrets. C'est ainsi, par exemple, qu'il est signalé que des conseils nationaux de la santé ont été créés dans bon nombre de pays, mais on n'en précise pas le nombre. Le Dr Galego Pimentel espère que dans l'avenir les rapports seront plus circonstanciés. Cette remarque vaut également en ce qui concerne les aspects financiers. Il est important de savoir exactement où et comment les fonds ont été utilisés et les résultats qu'ils ont donnés.

Le Dr Galego Pimentel demande quelles sont les raisons de la déclaration qui figure au paragraphe 2 du rapport du Comité du Programme, selon laquelle les Etats Membres s'identifient de plus en plus à la mise en oeuvre des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS. En ce qui concerne le paragraphe 8, il convient de se préoccuper davantage de déterminer l'utilité des programmes plutôt que leur inutilité, bien qu'il soit évidemment important de voir à quel moment les programmes sont devenus sans objet. Elle demande si la deuxième phrase du paragraphe 11 signifie que les ressources dont il est question sont utilisées dans le cadre du programme général ou si elles sont spécialement allouées en exécution de la résolution WHA29.48.

Certes, il est encourageant de constater à la lecture du rapport que les Etats Membres ont progressé dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000; mais il demeure que des renseignements détaillés devraient également être fournis sur les difficultés rencontrées chemin faisant. De nombreux pays se heurtent à de graves difficultés dues au manque de ressources humaines et matérielles ainsi qu'à des difficultés de programmation.

Le Dr VENEDIKTOV a l'impression que le Conseil concentre son attention sur le rapport du Comité du Programme et que le rapport du Directeur général est relégué au deuxième plan, bien qu'il comporte une multitude de détails d'un grand intérêt.

A son avis, on a tendance à répéter la discussion du même problème aux sessions successives du Conseil exécutif. Certes, il est important de revenir de temps en temps aux problèmes fondamentaux qui se posent à l'Organisation, mais il serait peut-être souhaitable de restructurer la présentation des documents et des points examinés, de façon que d'autres questions comme les stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et le septième programme général de travail puissent être examinés de façon différente. Il devrait être possible de présenter les diverses questions de telle façon que chacune ne soit examinée qu'une fois et que cet examen débouche sur des décisions. L'intervenant ne critique pas la procédure suivie par le Conseil, mais il exhorte ses membres à y réfléchir, en vue d'y apporter les améliorations possibles.

On trouve, dans les rapports annuels et biennaux que le Directeur général a présentés à l'Assemblée de la Santé ces dernières années, toute une série d'idées nouvelles, bien qu'il puisse y avoir çà et là des omissions et des faiblesses; or il peut arriver que l'énumération des faits ne soit pas complète. L'intervenant, comme le Dr Galego, n'a pas l'impression, après

l'étude du rapport du Comité du Programme et de celui du Directeur général, qu'il y ait surveillance de la politique en matière de budget programme. Il n'y a pas suffisamment de faits et de données concrets et de chiffres précis. Il est bien évident, quelles que soient les erreurs commises, qu'elles permettront à l'Organisation de progresser; or le seul moyen de progresser c'est de savoir ce qui a échoué et ce qui a réussi. Cependant, le Dr Venediktov demande instamment au Directeur général et au Secrétariat de réfléchir aux moyens qui permettraient de présenter des renseignements sous une forme plus condensée.

Les débats du Conseil ont nettement démontré que toutes les activités de l'Organisation doivent immédiatement céder le pas devant l'objectif principal de la santé pour tous d'ici l'an 2000, cet objectif a été accepté et il doit constituer la clé de voûte de tous les programmes de l'OMS. Le droit de l'homme à la santé d'ici l'an 2000 doit devenir partout une réalité et non pas simplement un voeu pieux. On ne pourra peut-être pas tout faire en vingt ans, mais il devrait être possible de faire beaucoup et d'instaurer une véritable révolution dans le domaine de la santé. D'autre part, il ne faut pas se contenter d'un objectif; l'Organisation doit également savoir quelles sont les meilleures orientations à prendre pour atteindre cet objectif et éviter les difficultés auxquelles pourrait se heurter sa réalisation.

C'est pour cela que la résolution WHA29.48 a été adoptée, de même que la résolution WHA28.75 et toute une série d'autres résolutions qui traitent de la coopération technique que l'OMS doit entreprendre. Des changements pratiques doivent s'opérer, afin que l'OMS ne soit pas considérée comme un simple organe de financement ou un simple donateur. Toute la stratégie doit se fonder sur la coopération entre l'Organisation et ses Etats Membres, et non pas sur la fourniture d'une assistance technique. La coopération implique la souveraineté de deux parties, l'OMS et le pays dont il s'agit, et il est indispensable d'étudier les réalisations du passé dans le domaine de la coopération technique. En 1978, le Comité du Programme, lors de son examen des mécanismes qui permettraient une coopération technique plus efficace, était arrivé à la conclusion qu'il était alors prématuré d'exposer l'apport de ces mécanismes. Il importe maintenant de voir quels enseignements on peut tirer du passé et d'étudier la question aussi sérieusement que possible. L'intervenant craint que les réussites ne soient maigres, mais l'OMS doit dégager les conclusions de ses réussites et de ses échecs afin d'améliorer ses résultats dans l'avenir.

Chaque gouvernement devra se fixer un objectif précis, déterminer ce que la santé pour tous d'ici l'an 2000 représente pour lui en termes de ressources et de personnel, et formuler un plan d'action, en suscitant l'intérêt de la population, en motivant les agents de santé et en surveillant et en contrôlant son programme. Mais les problèmes de l'OMS sont quelque peu différents. On a fait observer que l'OMS doit adopter un concept unique en ce qui concerne le but de la santé pour tous d'ici l'an 2000, car ce but est interprété de différentes façons. D'aucuns pensent que d'ici l'an 2000 tous les individus devront atteindre à un même niveau de santé, alors que d'autres estiment qu'il faudrait avoir alors concrétisé des critères d'espérance de vie, de mortalité infantile, etc. Il est donc nécessaire de prendre une vue d'ensemble. L'OMS devrait, lorsque la demande lui en est faite, aider les pays à formuler leurs objectifs nationaux; elle devrait également fournir des renseignements en ce qui concerne les réalisations de certains pays en les signalant à l'attention des autres, pour qu'ils en profitent.

En ce qui concerne la coordination et la coopération, il est notoire que les donateurs privés, ainsi que les organisations nationales et internationales et les institutions spécialisées des Nations Unies, jouent un rôle très important; mais chacun de ces différents types d'organisations a ses propres formules d'action. L'OMS est la seule organisation qui puisse adopter une vue générale impartiale de l'aide et faire en sorte qu'elle ne soit pas soumise à des conditions imposées. L'OMS doit exécuter de vastes programmes de recherche scientifique sur les divers problèmes que les pays ne peuvent pas résoudre par eux-mêmes. Ce sont là autant de considérations qui devraient se refléter dans les documents soumis au Conseil exécutif.

L'intervenant marque son accord en ce qui concerne les observations présentées par le Professeur Aujaleu au sujet du paragraphe 15 du rapport du Comité du Programme, où il est question de l'activité de surveillance du Conseil consultatif mondial du Développement sanitaire ou, comme le dit la traduction en russe, du contrôle de ces progrès. Il y a parfois des erreurs de traduction dans les textes, et il apparaît au Dr Venediktov que le Comité du Programme a laissé une légère erreur se glisser dans ce paragraphe.

En conclusion, le Dr Venediktov exhorte le Conseil exécutif à réfléchir à l'action qui doit être entreprise en ce qui concerne ce problème extrêmement important, si l'on veut obtenir des résultats concrets.

Le Dr SEBINA, répondant sur des points soulevés pendant la discussion, dit que, si l'affirmation contenue au paragraphe 17 du rapport du Comité du Programme semble aller de soi, il faut se souvenir que le budget programme pour l'exercice financier 1980-1981 a été préparé avant la Conférence d'Alma-Ata et avant l'élaboration des stratégies en vue d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. C'est pourquoi le Comité du Programme a fait cette affirmation, afin de souligner la nécessité de veiller à ce que des ressources soient consacrées à la réalisation des nouveaux objectifs qui se sont dégagés de cette Conférence et de ces stratégies.

Il convient que peut-être la présentation du rapport pourrait être améliorée et il est convaincu que le Secrétariat tiendra dûment compte des suggestions faites à cet égard.

Le paragraphe 2 du rapport du Comité, qui a trait à la participation des Etats Membres et des comités régionaux à l'élaboration des programmes, a vu sa portée élargie par le deuxième chapitre du rapport du Directeur général et devrait donc être lu parallèlement à ce chapitre et, plus précisément, parallèlement aux parties concernant la participation accrue des Etats Membres à l'élaboration des programmes (paragraphe 3 à 10), l'usage accru des compétences nationales au niveau des pays (paragraphe 11 à 20), les conseils consultatifs nationaux de la santé (paragraphe 21 à 28) et la coopération technique entre pays en développement (paragraphe 55 à 62).

Il a été dit à juste titre que ce sont les aspects positifs des programmes, plutôt que leurs aspects négatifs, qui devraient être soulignés. Certains programmes inter-pays et interrégionaux, cependant, qui ont été lancés avant la mise en vigueur de la nouvelle notion de coopération technique, ont perdu toute utilité et ne sont plus conformes à cette notion. Ce sont ces programmes-là dont le Comité du Programme estime qu'ils pourraient être supprimés.

Enfin, le paragraphe 72 du rapport du Directeur général donne quelques nouveaux chiffres sur le pourcentage du budget programme alloué à la coopération technique.

Le DIRECTEUR GENERAL dit que c'est au Comité du Programme qu'il incombe de décider ce qu'il veut faire. S'il a l'impression de s'engager dans une entreprise inutile, alors le Secrétariat devrait en être informé; en outre, s'il n'est pas satisfait des renseignements fort précis qui lui ont été communiqués, alors cette méthode de surveillance de l'application des programmes et des procédures devrait être abandonnée et remplacée par une autre méthode plus concluante. Dans le même temps, il s'en remet aux membres du Conseil pour qu'ils demandent à leurs gouvernements de surveiller, par l'intermédiaire des comités régionaux, l'utilisation de tous les fonds qui ont été transférés du niveau mondial au niveau des pays et de s'assurer que les pays font preuve de sérieux vis-à-vis de l'Organisation. Le Conseil se penchera sur ces questions quand il examinera le point 18 de l'ordre du jour, qui porte sur les structures de l'Organisation et qui est au coeur du problème.

Tous les membres devraient très attentivement réfléchir aux aspects de l'Organisation, qui, selon eux, devraient être surveillés. S'ils n'aiment pas la façon dont les renseignements leur ont été présentés, alors un changement devra être apporté. Le Secrétariat, pour sa part, est disposé à apporter au Comité du Programme toute l'aide possible et à s'efforcer d'apporter des améliorations sans retard. Le Directeur général, cependant, souhaite faire remarquer que c'est au niveau régional que les renseignements détaillés sont communiqués et qu'au-delà d'un certain volume, les documents soumis au Comité du Programme perdaient de leur utilité. Comme le Conseil n'a pas été favorable à un examen détaillé en 1977, le Secrétariat s'est efforcé de broser un tableau général des changements intervenus dans les politiques et les stratégies en matière de budget programme mais ce caractère général ne doit pas aller jusqu'à une absence totale de signification. C'est cependant au Conseil, en tant qu'organe politique placé au-dessus des comités régionaux, qu'il appartient de décider de la manière dont il souhaite s'attaquer au problème. Le Comité du Programme estime que la présentation des renseignements qui lui ont été communiqués a été améliorée, ce qui n'empêche pas le Conseil de considérer qu'elle n'a jamais été aussi mauvaise. Il s'agira par conséquent de trouver, de concert avec le Comité du Programme, le moyen de résoudre le problème. En réponse au point soulevé par le Professeur Aujaleu, le Directeur général dit qu'il serait préférable de discuter la question du Conseil consultatif mondial du Développement sanitaire et du Groupe de ressources "Santé 2000" une fois que les documents d'information concernant ces deux organes auront été distribués.

Le Dr ACUÑA (Directeur général pour les Amériques) dit que, aux termes de la résolution WHA29.48, les Directeurs régionaux étaient priés d'instituer des fonds de développement en vue d'utiliser les ressources transférées aux régions, grâce aux économies effectuées en 1978 et 1979, années pendant lesquelles 325 postes ont été supprimés. Le Directeur régional pour les Amériques a cependant préféré s'en remettre aux organes directeurs de la Région. Ces organes

ont décidé de consacrer les US \$440 000 disponibles en 1978 et les US \$700 000 disponibles en 1979 à certains programmes interrégionaux qu'ils ont retenus sur une liste de priorité. De la sorte, l'affectation des fonds en question a été décidée par un vote du Comité régional.

A propos du rapport du Comité du Programme, le Dr Acuña prend acte au paragraphe 2 que "l'un des résultats positifs de la participation accrue des comités régionaux à l'élaboration des programmes est que les Etats Membres s'identifient de plus en plus à la mise en oeuvre des résolutions". A cet égard, il fait remarquer que le Directeur général et les Directeurs régionaux sont souvent priés, aux termes de résolutions adoptées par le Conseil exécutif, l'Assemblée mondiale de la Santé ou les comités régionaux, d'entreprendre certaines activités; à cette fin, ils doivent utiliser des fonds provenant du budget ordinaire et, de plus en plus, de ressources extrabudgétaires. Bien qu'ils s'acquittent de ces activités de leur mieux, ils sont souvent placés dans une position très difficile du fait que certains pays, bien qu'ils aient voté pour les résolutions, ne portent pas vraiment d'intérêt aux activités effectuées sur leur propre territoire.

Néanmoins, il importe encore davantage de constater que peu de gouvernements consacrent les maigres ressources de l'Organisation à l'achat, par exemple, de véhicules, de matériel ou de fournitures, plutôt qu'à la coopération technique qui, à elle seule, garantirait que les ressources acheminées par l'intermédiaire de l'OMS sont utilisées pour des activités qu'elle a créées.

Le Dr VENEDIKTOV dit qu'il désire corriger toute fausse impression qu'il aurait pu donner dans le feu de l'action. Il n'a pas dit que le très intéressant rapport du Comité du Programme est pire que les années précédentes mais simplement qu'il est différent. Ni le Conseil, ni le Comité du Programme ne sont parfaits et l'amélioration du programme devrait constamment être recherchée. Le Conseil devrait essayer à nouveau et voir ce qui se passera la prochaine fois. Le Dr Venediktov est persuadé que le Directeur général comprend parfaitement sa position.

Pour ce qui est des observations du Directeur régional pour les Amériques, il faut bien reconnaître que les décisions ou les résolutions qui sont prises ne sont pas toujours suivies d'effet. Ce qui importe c'est d'en déterminer les raisons. Est-ce parce qu'elles ont été prises trop hâtivement, parce qu'elles ne fixaient pas les bonnes priorités ou parce qu'elles ne pouvaient pas être appliquées ? On ne peut reprocher aux pays leurs échecs à cet égard : s'ils n'appliquent pas une résolution, c'est parce qu'ils sont dans l'incapacité de le faire ou qu'ils n'ont aucun intérêt à le faire. Toutes les décisions et résolutions devraient, cependant, indiquer beaucoup plus clairement ce que les pays aussi bien que l'OMS sont censés faire, que ce soit au niveau régional ou au niveau mondial. Si les Comités régionaux et le Conseil exécutif faisaient leur travail correctement, ils pourraient exercer une influence bénéfique, mais ceci ne sera possible que par une surveillance continue.

Le Dr KO KO (Directeur, Gestion du Programme, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est) dit que, aux termes de la résolution WHA29.48, la Région de l'Asie du Sud-Est a reçu US \$2,67 millions qui ont servi à mettre au point 10 programmes dont les plus importants portent sur la recherche, la prévention de la cécité et le Programme élargi de la vaccination. Ces programmes ont été discutés et approuvés par le Comité régional à sa trentième session, en 1977, et mis en oeuvre en 1978 et 1979, dans le cadre du programme inter-pays, mais dès 1980, ils seront absorbés par les programmes nationaux.

Le PRESIDENT invite le Conseil à prendre acte du rapport du Comité du Programme (EB65/7).

Il en est ainsi décidé.

La séance est levée à 17 h.50.

= = =