



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-neuvième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA NEUVIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève  
Lundi 18 janvier 1982, 14 h 30

PRESIDENT : Dr H. J. H. HIDDLESTONE



Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Etude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions : application de la résolution WHA33.17 (suite) .....	2
2. Programme d'action concernant les médicaments essentiels .....	10

Note

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

Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences qui assiste aux séances, soit être envoyées au service des Comptes rendus (bureau 4013, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse), avant le 15 mars 1982.

Le texte définitif paraîtra ultérieurement dans le document EB69/1982/REC/2 : Conseil exécutif, soixante-neuvième session : procès-verbaux.

NEUVIEME SEANCE

Lundi 18 janvier 1982, 14 h 30

Président : Dr H. J. H. HIDDLESTONE

1. ETUDE DES STRUCTURES DE L'ORGANISATION EU EGARD A SES FONCTIONS : APPLICATION DE LA RESOLUTION WHA33.17 : Point 9 de l'ordre du jour (résolution WHA33.17, décision EB68(9); documents EB69/8, EB69/8 Add.1 et EB69/9) (suite)

Le Dr QUENUM (Directeur régional pour l'Afrique) déclare qu'en ce qui concerne la conception, l'exécution, la planification, l'évaluation et la surveillance des programmes de l'OMS, les pays de la Région africaine prennent de mieux en mieux conscience de l'utilité de l'OMS, et que le Bureau régional les encourage à faire participer de plus en plus leurs nationaux, partout où c'est possible, aux activités de l'OMS. Par exemple, pour ce qui est du paragraphe 27 du document EB69/9, on a désigné 132 experts représentant 29 disciplines; à la fin de 1981, sur un total de 38 postes de coordonnateurs des programmes OMS, on comptait environ 15 coordonnateurs nationaux, dont deux femmes. Le Bureau régional cherche aussi à encourager d'autres formes de coopération, sans surcharger indûment le personnel responsable des programmes existants.

Il reste beaucoup à faire en ce qui concerne la diffusion et la collecte des informations, mais de grands efforts ont été accomplis au cours de l'année passée pour fournir des données de gestion adéquates. Il est important de sélectionner des informations appropriées pour l'action, et que l'information reste au niveau où elle est le plus utile. Selon le Dr Quenum, parler d'une absence d'information sur le terrain ne reflète pas la véritable situation; on déploie constamment des efforts pour fournir des informations, mais le problème est de savoir si ces informations sont ou non utilisées.

Il n'est pas exact que la décentralisation et la délégation des pouvoirs au niveau des pays, dont il est question au paragraphe 19 du document, soient superficielles. On a déjà beaucoup fait dans ce domaine en Afrique en dépit de facteurs tels que les énormes difficultés de communications. Les pays africains ont conscience de la nécessité vitale d'une décentralisation et d'une délégation des pouvoirs, mais le temps qu'y a passé le groupe de travail n'a pas suffi à révéler la véritable ampleur de la tâche. La décentralisation et la délégation de pouvoirs ont été constamment encouragées, mais il faut du temps pour inspirer aux gens la confiance dont ils ont besoin pour assumer leurs responsabilités. Il est noté dans le rapport que l'augmentation du personnel du bureau du coordonnateur ne suffit pas pour résoudre tous les problèmes; mais il existe à présent une nouvelle procédure OMS qui, bien que limitée, devrait être utilisée au maximum.

La coordination avec d'autres institutions des Nations Unies et au niveau des pays est une question complexe; néanmoins, des progrès substantiels ont été accomplis, par exemple en ce qui concerne la place de la santé dans le cadre du nouvel ordre économique international : il y a là un effort d'imagination créatrice, et l'accent a été mis sur les intercorrélations entre santé et développement toutes les fois que cela a été possible. On peut citer en exemple le rôle des représentants résidents du PNUD dans la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. La voie reste certes ouverte à de nouveaux progrès; le Conseil exécutif pourrait peut-être indiquer ce que l'on peut faire de plus pour améliorer la coordination en tenant compte du fait que toutes les institutions de la Région n'ont pas les mêmes systèmes de budgétisation et de programmation.

Le Dr ADANDÉ MENEST félicite le Secrétariat de ses efforts constants pour appliquer la résolution WHA33.17, et appuie les observations des orateurs précédents sur les rapports du Directeur général et du groupe de travail.

La participation de nationaux aux programmes de l'OMS est en augmentation constante et les déclarations officielles reflètent de la part des pays un engagement croissant à développer la collaboration à tous les niveaux. L'information et la rétro-information gagnent aussi en efficacité et les coordonnateurs de programmes OMS jouent un rôle croissant qui, comme l'a noté le groupe de travail, devrait être encore renforcé par une décentralisation plus poussée. Le Dr Adandé Menest se réfère notamment à la recommandation 3 (paragraphe 51 du document EB69/9)

concernant le rôle des coordonnateurs des programmes de l'OMS et souligne combien il est important qu'ils participent aux réunions tenues au niveau des pays pour mieux comprendre les difficultés en jeu et aider plus efficacement les pays dans les efforts qu'ils déploient pour instaurer la santé pour tous.

En ce qui concerne les services d'approvisionnement, le Dr Adandé Menest souligne le problème de la distribution des fournitures à l'intérieur des pays - problème délicat et complexe qu'il faut résoudre si l'on veut parvenir à instaurer la santé pour tous.

Le Dr NAKAJIMA (Directeur régional pour le Pacifique occidental) déclare que tous les pays s'intéressent au rôle de l'OMS au niveau national, en particulier en ce qui concerne la délégation des pouvoirs et le rôle des coordonnateurs des programmes de l'OMS dans les stratégies mondiale et nationales de la santé pour tous. Le Conseil exécutif est naturellement parfaitement au courant du nouveau rôle des coordonnateurs des programmes de l'OMS. Un problème tient à ce que leur rôle, considéré comme un rôle de coopération directe, est en fait d'ordre administratif - ce qui impose certaines contraintes aux augmentations d'effectifs. En raison de leur nouveau rôle et des stratégies nationales qui ont été formulées, les responsabilités des coordonnateurs des programmes de l'OMS ont effectivement augmenté, et ils devraient participer étroitement à la mise en place d'infrastructures telles que les systèmes nationaux d'informations sanitaires et les comités de coordination multidisciplinaires nationaux pour le développement de la santé, y compris différents ministères et représentants de l'OMS, afin de coordonner les activités avec d'autres secteurs comme l'agriculture, l'industrie et l'habitat humain. La question est de savoir comment les coordonnateurs des programmes de l'OMS doivent aborder leurs tâches accrues. Les efforts considérables déjà accomplis doivent être poursuivis; encore maintenant, il n'est pas facile de présenter une image satisfaisante du rôle coordonnateur de l'OMS au niveau des pays, ou de convaincre les pays de mettre en oeuvre la résolution WHA33.17. En règle générale, les coordonnateurs de programmes OMS devraient essayer de veiller à ce que les budgets nationaux de la santé reflètent convenablement l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 - ce qui n'est pas encore le cas.

Dans la Région du Pacifique occidental, la délégation des pouvoirs aux coordonnateurs des programmes de l'OMS a déjà considérablement progressé - par exemple pour la planification et les achats locaux. On encourage les petits pays surtout à acheter localement sur des fonds de l'OMS ou du PNUD. Des économies globales peuvent être réalisées de cette façon, encore que certains achats puissent coûter dix fois plus que les achats effectués par l'entremise du Bureau régional et du Siège. La question doit être examinée de manière approfondie comme l'a suggéré le Dr Bryant. Mais si les pays veulent prendre en compte tous les programmes décrits dans le budget programme pour 1982-1983, ils auront besoin de ressources financières beaucoup plus considérables. Et vu les déficits budgétaires actuels dus à l'inflation dans de nombreux pays en développement, les coordonnateurs des programmes de l'OMS ne peuvent faire face financièrement que si le Bureau régional assure une reprogrammation.

Le manque de personnel local compétent et le coût du recrutement font sérieusement obstacle à la délégation des pouvoirs au niveau des pays. La création d'un bureau de coordonnateur des programmes de l'OMS dans un pays peut être difficile à justifier sous le rapport coût/avantages. Le Dr Nakajima espère donc que le groupe de travail pourra recueillir davantage de renseignements de première main tant auprès du Bureau régional que dans le cadre de visites aux petits pays de la Région, et de consultations avec le Dr Ridings qui connaît parfaitement la question.

La Région du Pacifique occidental a la chance de pouvoir se procurer des fournitures à très bon marché dans des ports francs comme Singapour et Hong Kong. Néanmoins, toute la question de la décentralisation des approvisionnements doit être étudiée plus à fond.

Enfin, le Dr Kruisinga sera sans doute heureux d'apprendre que des activités interrégionales intéressantes la lutte contre diverses maladies ont été organisées entre les Régions de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et du Pacifique occidental.

Le Dr CABRAL, se référant au document EB69/9, souligne l'importance de la remarque faite au paragraphe 18 au sujet de la nécessité de mettre davantage l'accent sur le contenu pratique des programmes à moyen terme à l'occasion de la mise en oeuvre du septième programme général de travail. Au Mozambique, l'expérience de la mise en oeuvre au jour le jour des programmes de l'OMS et des programmes inter-institutions dont l'exécution est confiée à l'OMS a montré que la décentralisation et la délégation accrue de pouvoirs aux pays s'imposent de toute urgence. Il semble en particulier qu'il ne devrait pas être nécessaire de demander au Bureau

régional son aval lorsqu'il s'agit d'exécuter des activités de routine pour lesquelles des crédits sont déjà disponibles. Si la conception des programmes nationaux et des budgets programmes se fait essentiellement dans le cadre d'une interaction entre les autorités nationales et le coordonnateur des programmes OMS (CPO), ce dernier devrait être libre de mettre en oeuvre les projets déjà approuvés au rythme demandé par les autorités nationales. En outre, la décentralisation pourrait entraîner une réduction considérable du volume de travail bureaucratique imposé aux fonctionnaires techniques des bureaux régionaux, qui de ce fait auraient assez de temps pour se consacrer aux activités de coopération technique dont les pays ont tant besoin.

Se référant au paragraphe 27, le Dr Cabral souligne combien il est important que les consultants soient choisis parmi des personnes ayant une expérience appropriée du sujet et des pays en cause.

Le libellé du paragraphe 28, sur l'utilisation adéquate des crédits alloués aux pays, est quelque peu ambigu et pourrait donner lieu à des erreurs d'interprétation. Il est dit que l'OMS se réserve le droit de reprogrammer et de réaménager les ressources, non seulement à l'intérieur des pays, mais également entre les pays et entre les Régions. Pourtant, le soin de procéder à la budgétisation-programmation au niveau national appartient en dernière analyse aux décideurs nationaux; aussi serait-il nécessaire de clarifier un peu ce point.

En ce qui concerne les programmes inter-pays, il ne faut pas oublier que dans la Région africaine qui compte un grand nombre de pays certains programmes inter-pays ont à couvrir un nombre excessif de pays, d'où une absence de continuité. Le programme de lutte antipaludique en offre un exemple typique. Il importe aussi que les opérations des équipes inter-pays ne soient pas inutilement entravées par des déficits mineurs de crédits; il faudrait réserver pour ces opérations des petits budgets pour les dépenses imprévues.

En ce qui concerne les services de fournitures, les arrangements structurels qui doivent être conclus pour les achats en groupes et d'autres achats contre remboursement doivent faire l'objet d'une étude approfondie. La question de savoir si la commission devrait être relevée de 3 % à 6 % est une question de comptabilité, mais il faudrait veiller à ce que les dépenses administratives de l'OMS n'augmentent pas inutilement. De toute façon, de plus amples informations sont nécessaires sur ce point. Par exemple, au paragraphe 46, il est dit que les achats contre remboursement représentent 2,3 % du volume total des achats effectués par le service des fournitures; il serait utile de savoir la mesure dans laquelle on s'attend à ce que ce chiffre augmente.

Enfin, le Dr Cabral fait savoir qu'il appuie de manière générale les conclusions et recommandations énoncées au paragraphe 51. La recommandation 3 d), toutefois, devrait indiquer que les CPO ont la charge de mettre en oeuvre des programmes et d'engager financièrement l'Organisation, mais seulement après consultation avec les autorités nationales. De plus amples renseignements au sujet de la recommandation 10 seraient également les bienvenus.

Le Dr KO KO (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) fait savoir au Conseil que dans sa Région l'étude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions a fait l'objet de beaucoup d'attention et que les autorités nationales ont participé à tous les stades de l'étude. Dans les rapports du groupe de travail du Conseil, la situation générale a été très bien diagnostiquée, mais les sections consacrées aux mesures qui devraient être prises ne sont pas très spécifiques. En tout cas, il est très important de ne pas laisser la tâche de réflexion au seul Bureau régional ou au seul Secrétariat et de garder présent à l'esprit le rôle du Secrétariat et des organismes directeurs de tous niveaux dans son ensemble. Il convient de se féliciter d'un fait nouveau constaté dans la Région de l'Asie du Sud-Est, c'est que le Comité régional s'intéresse de façon croissante au fonctionnement de l'OMS et participe plus étroitement aux travaux du Bureau régional et du CPO.

Dans presque tous les pays de la Région, il y a une forme ou une autre de comité coordonnateur gouvernement/OMS qui est chargé de superviser et d'organiser l'activité de l'OMS au niveau du pays concerné. On utilise de manière accrue, mais progressivement, le personnel national et les institutions nationales, et les gouvernements assument davantage de responsabilités qu'auparavant. Compte tenu de l'expérience acquise, on s'efforce de mettre au point une nouvelle méthodologie pour la rationalisation des procédures de programmation-budgétisation. Bien qu'il soit encore trop tôt pour donner des détails sur les travaux en cours, il convient de mentionner l'exercice de programmation-budgétisation actuellement organisé en Thaïlande.

En ce qui concerne le renforcement des bureaux au niveau des pays, le Comité régional de l'Asie du Sud-Est estime que renforcer les opérations au niveau des pays n'est pas forcément la même chose que renforcer le bureau du CPO. Bien qu'il soit toujours possible de renforcer la position de ce dernier en lui adjoignant du personnel supplémentaire - un CPO adjoint, un

spécialiste de la gestion ou un administrateur - ou en utilisant les services du personnel affecté aux projets, dans de nombreux pays on estime qu'il faudrait rechercher d'autres moyens de renforcer les opérations. On pourrait par exemple allouer à un projet de programmation sanitaire par pays, dans lequel est inclus le poste de CPO, des crédits à utiliser pour des activités de développement conformément aux instructions du Comité de coordination national, et selon des mécanismes agréés.

La délégation de la responsabilité financière n'est qu'un des aspects de la délégation de pouvoirs au CPO. Tous les aspects et composantes de cette question pris ensemble devraient faire l'objet d'une attention sérieuse, ce d'autant plus que la méthode de mise en oeuvre appliquée par l'OMS est différente de celle d'institutions telles que le FISE et le PNUD, en ce sens que le CPO a pour fonction supplémentaire de surveiller la mise en oeuvre, ce qui, invariablement, doit se faire en passant par les services du Bureau régional et du Siège. En outre, il ne faut pas oublier que la mesure dans laquelle les pouvoirs peuvent être délégués sera toujours limitée, et que si l'on veut que les Directeurs régionaux délèguent davantage de pouvoirs au CPO, il faudra d'abord que le Directeur général dispose de davantage de pouvoirs, et qu'il en délègue à son tour davantage aux Directeurs régionaux. En ce qui concerne la reprogrammation adéquate des crédits alloués aux pays, il semble au Dr Ko Ko que les décisions devraient être prises par l'OMS en consultation avec les pays, ce qui serait conforme au principe déclaré de l'autogestion par les pays, plutôt que par l'OMS de son propre chef. Il est bon que l'accent ait été mis sur les programmes inter-pays qui constitueront la clé de voûte de la collaboration technique avec les pays à l'avenir.

Mme THOMAS estime que la décentralisation est si vitale pour de nombreux pays qu'on ne saurait trop en souligner la nécessité. Les communications représentent un problème si important dans la Région africaine que toutes les modifications réalistes visant à faciliter la mise en oeuvre plus rapide des programmes par pays, à engager plus étroitement le CPO et à rendre son rôle de coordination plus efficace seraient les bienvenues. En ce qui concerne les services de fournitures, il conviendrait de procéder à une étude plus approfondie de la question avant d'accepter une augmentation de la commission perçue. Enfin, Mme Thomas appuie la proposition selon laquelle il conviendrait de faire à nouveau rapport sur l'étude des structures de l'Organisation eu égard à ses fonctions et sur les recommandations du groupe de travail dans le cadre des rapports sur l'application de la stratégie de la santé pour tous qui seront présentés par les Directeurs régionaux et par le Directeur général aux comités régionaux et au Conseil exécutif.

M. HUSSAIN se joint aux intervenants qui l'ont précédé pour se dire satisfait du rapport du groupe de travail. Le sujet considéré est un sujet capital si, comme les Etats Membres le souhaitent, l'Organisation doit améliorer son efficacité et sa couverture en matière de prestation de services de santé à tous les niveaux.

Une question lui semble fondamentale - à savoir un équilibre approprié entre la zone géographique et le nombre de pays desservis par chaque bureau régional. La Région de l'Asie du Sud-Est compte le plus petit nombre de pays, mais la participation à certaines activités régionales y est inférieure à ce qu'on pourrait espérer, à cause des grandes distances à franchir. En outre, certains pays de la Région semblent recevoir plus d'attention que d'autres, ce qui entraîne des inégalités dans la mise en oeuvre de certains programmes qui sont pourtant d'une portée générale. M. Hussain voudrait donc que des modifications fondamentales soient apportées à l'organisation des Régions avant qu'une réelle décentralisation des activités ne soit entreprise. Ensuite, lorsque les responsabilités seront décentralisées, un mécanisme devra être institué en vue de surveiller et de coordonner les activités entreprises dans le cadre de ces nouvelles responsabilités, et les effectifs et les regroupements de pays devraient être fixés avec le plus grand soin.

Le Dr OLDFIELD souhaite mettre fin au malentendu que semble avoir provoqué la remarque qu'il a faite un peu plus tôt au sujet du rôle du Secrétariat dans la préparation du document EB69/9. Au cours d'une des visites d'étude du groupe de travail, le Secrétariat a semblé d'abord vouloir protéger exagérément ses propres intérêts. Par la suite, les membres du groupe ont toutefois pu obtenir une telle quantité d'informations qu'il a fallu réorganiser leur emploi du temps de manière à leur donner le temps d'absorber toute cette information. En mentionnant le rôle du Secrétariat, le Dr Oldfield voulait simplement que le Secrétariat sache que si le groupe de travail était complimenté, ces compliments s'adressaient aussi au Secrétariat, car sans la coopération de celui-ci, le groupe de travail n'aurait pas pu obtenir de tels résultats.

Le Dr KAPRIO (Directeur régional pour l'Europe) indique que le Secrétariat se félicite que le Conseil ait compris que le Secrétariat s'était montré parfaitement franc et direct lors de la présentation des informations au groupe de travail. On a bien compris dès le début que l'étude du groupe de travail n'était pas une étude à long terme, mais plutôt un diagnostic rapide reposant, pour ainsi dire, sur un processus de sélection. Il en résulte que les membres du groupe de travail étaient bien fondés à affirmer qu'ils n'avaient pas pu voir tout ce qu'ils auraient voulu voir.

Il se déclare satisfait également de la façon dont le groupe de travail est passé d'une simple étude des rapports entre le Siège et les bureaux régionaux à une prise de conscience de l'importance vitale de l'action du Secrétariat au niveau des pays lorsqu'il s'agit de promouvoir les objectifs de la santé pour tous à l'horizon 2000. La partie du rapport qui traite de l'action au niveau des pays est donc particulièrement importante et sera d'un précieux secours tant pour le Secrétariat que pour les gouvernements.

Il va de soi, étant donné que seuls un petit nombre de pays ont pu être visités, qu'il a été impossible de présenter un point de vue global, comme l'ont souligné les Directeurs régionaux dont les Régions n'ont pas été visitées. C'est à juste titre que le Dr Ko Ko a fait valoir que l'on avait porté un diagnostic, mais que le traitement restait à définir. Le présent débat devrait se révéler utile à cet égard.

Un aspect qui a été quelque peu délaissé lors de la discussion est celui des soins de santé primaires, alors même que le but de tous les programmes est de contribuer à renforcer les soins de santé primaires au niveau des pays. Le rapport spécial du Dr Oldfield sur la question, qui repose sur une étude entreprise en Gambie, s'est révélé utile au groupe de travail, dans la mesure où il montrait quels sont les éléments qui, en dernière analyse, arrivent jusqu'au niveau des pays, mais il n'a pas été joint au document EB69/9 car il concerne la mise en oeuvre par les gouvernements. Comme le Directeur général l'a laissé entendre, le prochain travail consistera à étudier le rôle des gouvernements en ce qui concerne l'utilisation de l'aide de l'OMS.

La question des programmes menés conjointement avec d'autres organismes des Nations Unies, tels que la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, n'a guère été abordée non plus. Naturellement, l'OMS n'exerce pas seule la maîtrise de ces activités, et, bien qu'il y ait consultation aux échelons les plus élevés, il reste parfois difficile de se rendre compte comment les choses progressent à la base.

Cependant, le rapport devrait fournir une bonne base en vue d'une action complémentaire par les soins du Directeur général, du Comité pour le Programme mondial, des comités régionaux et, éventuellement, du Conseil lui-même, ou bien pourrait déboucher si besoin était sur des études ou des analyses complémentaires sur des problèmes tels que la question des fournitures.

Le Dr Braga est intervenu sur deux questions sur lesquelles, il le sait, le Directeur général souhaiterait insister. La première c'est que, en dernière analyse, le développement sanitaire incombe à chaque pays pris individuellement, et la présente étude doit être envisagée dans cette perspective. L'autre concerne la nécessité de pouvoir intervenir rapidement en cas de demande des Etats Membres.

En conclusion, il estime que chacun au sein du Secrétariat - même si les avis peuvent différer sur certains aspects - considère que le groupe de travail s'est montré extrêmement équitable dans ses évaluations.

Le Dr REID se déclare frappé de constater à quel point les participants au débat ont été unanimes à reconnaître que le groupe de travail était parvenu à cerner les questions qui méritent un complément d'étude.

Le Dr Cardorelle et d'autres se sont référés à la recommandation 10 et à la question de savoir si la commission perçue sur les achats contre remboursement devait être portée de 3 % à 6 %. Il estime que ce point doit faire l'objet d'une discussion entièrement distincte, en fonction de l'issue du débat sur le programme des médicaments essentiels.

En réponse à la question du Dr Ridings qui souhaitait savoir si le Commissaire aux Comptes a été consulté en ce qui concerne le paragraphe 21, il indique que, selon lui, ce que le groupe de travail a recommandé est affaire de sens commun et que le Commissaire aux Comptes l'abordera d'un point de vue pragmatique.

En ce qui concerne l'allusion du Dr Bryant au volant d'experts, proposé dans la recommandation 4, le groupe de travail ne recommande pas un nouveau mécanisme, mais simplement le développement d'un mécanisme existant. La Région de l'Europe est allée très loin dans ce sens en faisant appel à un nombre important d'experts pour l'aider à exécuter des tâches qui, sans cela, auraient incombé au Secrétariat.

Dans ses commentaires sur le recrutement et les rapports du Directeur général à ce sujet, le groupe de travail ne songeait pas tant au système officiel de rapports qu'à la dynamique du recrutement et à la nécessité d'accélérer les différents processus, dans le cadre des dispositions existantes.

C'est à juste titre que le Dr Acuña a fait ressortir l'extraordinaire diversité des Etats Membres et, dans une moindre mesure, des Régions. Bien évidemment, on n'a pas pu établir une ordonnance pouvant s'appliquer à tous. Tout ce que l'on a pu faire, c'est de formuler des principes généraux; leur application à telle Région ou à tel pays en particulier devra être empreinte de souplesse.

En ce qui concerne les relations avec d'autres institutions des Nations Unies, le groupe de travail n'a pas voulu critiquer seulement l'OMS, mais toutes les institutions des Nations Unies qui oeuvrent au niveau des pays. Etant donné que, à son avis, l'OMS est la plus pratique de toutes les organisations, il estime qu'elle pourrait prendre l'initiative dans ce sens; il pense du reste que le Directeur général en tombera d'accord.

Le Dr Ko Ko a eu raison de souligner que toute délégation de pouvoirs doit être réelle et doit être envisagée comme un tout. Le groupe de travail a essayé de donner des indications sur les secteurs qui se prêteraient à la délégation de pouvoirs, mais il n'a pas prétendu proposer une évaluation complète de l'ensemble de la situation.

Il laissera au Secrétariat le soin de fournir les réponses à des questions techniques telles que les crédits alloués aux pays.

En ce qui concerne les mesures à prendre par le Conseil exécutif, il constate que personne n'a élevé d'objection lorsqu'il a demandé à être autorisé à retirer le projet de résolution figurant à la fin du document EB69/9. Il propose que l'on rédige un nouveau projet de résolution, qui refléterait les points évoqués au cours du débat, les sujets traités dans les documents EB69/8 et EB69/9, ainsi que les réponses du Secrétariat - l'ensemble étant placé dans le contexte des plans destinés à oeuvrer pour la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le PRESIDENT, s'exprimant en qualité de Président du groupe de travail, déclare que le Commissaire aux Comptes a été consulté durant la préparation du rapport et que l'on a tenu compte de son avis.

Le Dr BRYANT (suppléant du Dr Brandt), constatant que le Dr Ko Ko a demandé aux membres du Conseil de s'assurer qu'ils envisageaient bien la totalité des problèmes et non pas simplement leurs éléments constitutifs, que le Dr Reid a reconnu que le travail du groupe de travail avait été un processus de sélection, et que les évaluations étaient donc peut-être quelque peu superficielles et, enfin, que le Dr Kaprio a défini le rapport comme un diagnostic rapide à l'égard duquel la thérapeutique restait à élaborer, estime que le Conseil est en train d'examiner un malade souffrant d'un ensemble complexe de problèmes et redoute que l'on ait à s'occuper du malade pendant longtemps encore, et peut-être même jusqu'en l'an 2000. En réalité, le malade s'identifie au problème qui consiste à renforcer l'OMS au niveau des pays pour qu'elle puisse appuyer les efforts nationaux en vue d'assurer la santé pour tous. A son avis, la décentralisation constitue un élément du problème plus vaste, et non pas le problème lui-même.

Il a indiqué précédemment qu'il craignait que le Conseil n'ait sous-estimé la complexité et la difficulté du problème, et la suite des débats a confirmé ce point de vue. Le problème est fondamentalement - et manifestement - un problème de gestion de grande envergure, qu'il faudra régler de la façon dont ces problèmes sont réglés au sein de l'Organisation. En règle générale, le Conseil commence par reconnaître le caractère essentiellement gestionnaire du problème, pour faire part ensuite de sa détermination de s'y consacrer durablement. Il l'analyse ensuite en détail, en détermine les paramètres, formule différentes façons d'aborder ces paramètres qui sont autant d'exemples des différentes façons de les résoudre, et fixe enfin des indicateurs qui serviront de base à l'évaluation. Comme le Dr Acuña et d'autres l'ont indiqué, le problème se présente sous différentes formes dans les différents pays et les différentes Régions, et il faudra tenir compte de ces décalages.

Faute d'adopter ce type de démarche, le Conseil risque, il en a bien peur, de finir par rééditer tous les deux ou trois ans le débat qui vient d'avoir lieu, processus au cours duquel l'efficacité de l'OMS au niveau des pays sera mise en question, d'où sentiment de blâme à tous les échelons sans qu'on dispose d'aucune base qui permette d'identifier les problèmes sous-jacents. C'est pourquoi il souhaiterait entendre la réponse de ceux que concerne de plus près sa proposition, à savoir que l'ensemble du problème soit d'abord reconnu, puis pris en charge

sur une certaine période de temps comme l'un des grands défis auxquels doit faire face l'Organisation sur le plan de la gestion.

Le Dr BIDWELL (Comité du Programme du Siège) indique qu'il est reconnaissant de l'occasion qui lui a été donnée de travailler avec des membres du Conseil et du personnel à différents échelons du Secrétariat. Il estime que l'on s'est quelque peu rapproché du diagnostic d'un problème complexe. Il n'a pas qualité pour tenter de répondre aux questions d'ordre budgétaire mais, en réponse au Dr Cabral qui a souligné la nécessité de la concertation entre le coordonnateur des programmes OMS et les ressortissants nationaux, il tient à déclarer qu'au cours des sept à huit années de ses fonctions de coordonnateur des programmes de l'OMS, il a compris qu'un dialogue permanent et constructif entre les autorités nationales et l'OMS était un élément essentiel du progrès.

M. FURTH (Sous-Directeur général) dit, au sujet de la proposition visant à relever de 3 % à 6 % la commission perçue sur les achats effectués contre remboursement, que certains ont demandé comment on était arrivé au chiffre de 6 %. Les achats contre remboursement se font suivant un schéma très irrégulier et l'on constate d'énormes différences selon les Régions et selon les années. Ainsi, le chiffre pour la Région de la Méditerranée orientale a été très élevé en 1981 parce que l'Iran, le Soudan et la République arabe du Yémen ont procédé à des achats particulièrement importants. La charge de travail et les dépenses administratives varient elles aussi en fonction du type d'achat; la commission de 3 % est sans doute suffisante pour l'achat d'insecticides, de produits pharmaceutiques ou de vaccins en grandes quantités, mais elle couvre à peine les dépenses lorsqu'il s'agit d'équiper un laboratoire ou un hôpital avec de grandes quantités d'appareils ou d'articles provenant de différents fournisseurs.

On est arrivé au chiffre de 6 % de la façon suivante : le coût des services de fournitures pour 1980 et 1981 peut être évalué à US \$5 millions pour les deux années, ce qui comprend les dépenses afférentes au personnel régional des services de fournitures mais exclut le coût d'activités tel que le paiement des factures, l'entretien, l'investissement initial pour les locaux, etc. L'ensemble des fournitures achetées durant la période biennale représente un montant estimatif de quelque US \$80 millions, sur lesquels US \$6 millions sont remboursables. Sur cette base, les fournitures achetées contre remboursement représentent 7,5 % de toutes les fournitures et donc (en supposant que les coûts soient également répartis) le coût de l'acquisition de ces fournitures représente 7,5 % de US \$5 millions, soit US \$375 000. En conséquence, le coût de l'acquisition de fournitures remboursables pour un montant de US \$6 millions s'élève à US \$375 000 - soit 6,25 % de la valeur des fournitures. Etant donné les nombreuses approximations utilisées, il est sans doute raisonnable de dire que le coût de l'acquisition des fournitures contre remboursement représente à peu près le double du taux actuel de 3 %.

Le Dr Bryant a raison de penser que le Conseil devra adopter une résolution distincte pour pouvoir relever le pourcentage de la commission perçue, car le taux de 3 % a été spécifiquement fixé dans la résolution EB33.R44. En fait, l'achat de certaines fournitures non urgentes contre remboursement se fait dans le cadre d'une autre résolution - WHA19.7 - qui concerne le fonds de roulement pour le matériel d'enseignement et de laboratoire et stipule qu'il n'est pas perçu de commission. Toutefois, s'il semble justifié de prélever une commission sur les achats contre remboursement de médicaments essentiels, il serait difficile de ne pas le faire pour les achats de matériel de laboratoire et d'enseignement. En d'autres termes, il faudrait deux résolutions, la première relevant à 6 % le taux de la commission pour les achats contre remboursement en général et la seconde imposant une commission analogue pour l'achat de matériel d'enseignement et de laboratoire fait par l'intermédiaire du fonds de roulement.

S'agissant de la proposition formulée dans le rapport pour développer les services de fournitures en intensifiant les achats par grosses quantités, deux questions se posent. La première est de savoir si des achats par grosses quantités (ou achats de groupe) seront toujours dans l'intérêt des pays en développement. Comme le Directeur général l'a fait observer à propos du rapport d'un groupe d'étude mixte UICI/OMS sur la lutte antituberculeuse (document EB69/3 Add.3), même si les pays en développement peuvent se procurer les médicaments nécessaires, il leur manque souvent l'infrastructure et les personnels qualifiés nécessaires pour les distribuer et les utiliser correctement, ce qui vaut sans doute également pour la plupart des autres médicaments que pourraient acheter ces pays en grandes quantités. Aussi la question de la participation de l'OMS à un tel système doit-elle être étudiée non pas tant en termes de développement de ses propres services de fournitures que dans le cadre de son Programme d'action concernant les médicaments essentiels et de la formulation des politiques pharmaceutiques nationales.



La deuxième question se pose en ces termes : si l'OMS doit participer à ce système d'achats par grosses quantités, quelle forme prendra sa participation ? Dans les paragraphes 47 et 48 du rapport du groupe de travail (document EB69/9), on suppose que ces achats seront faits sur la même base que les achats remboursables non urgents auxquels l'OMS procède pour les Etats Membres. Si c'est le cas, peut-être faudra-t-il développer les services de fournitures au Siège et dans les bureaux régionaux. Mais on peut toutefois se demander s'il est conforme à l'esprit de l'OMS qu'elle devienne, comme le FISE, un grand organisme dispensateur de fournitures aux Etats Membres au lieu de les conseiller et les aider à créer leurs propres systèmes d'achats par grandes quantités, aidant ainsi à promouvoir l'autosuffisance et non à entretenir la dépendance à l'égard de l'OMS.

Pour répondre à la question soulevée par le Dr Law et par d'autres quant à la possibilité d'application des propositions contenues dans le paragraphe 21 du rapport du groupe de travail concernant un système d'allocation de crédits en termes autres que financiers qui impliquerait une plus grande délégation de pouvoirs aux coordonnateurs des programmes de l'OMS, cette délégation de pouvoirs ne serait valable que si les coordonnateurs étaient en mesure de jouer le rôle voulu au niveau des pays vis-à-vis des gouvernements et, plus important encore, si le gouvernement et le coordonnateur des programmes de l'OMS comprenaient bien et appliquaient les processus gestionnaires OMS pour le développement sanitaire national, y compris l'établissement de budgets programmes et la gestion des ressources au niveau national tels que les préconise l'OMS. En d'autres termes, on ne peut envisager de déléguer des pouvoirs aux coordonnateurs des programmes de l'OMS que dans le cadre d'un examen du fonctionnement des méthodes OMS d'établissement des budgets programmes au niveau des pays. En fait, comme l'a dit le Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est, cet examen a déjà commencé et le Directeur général a récemment participé à une étude de pays sur cette question dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

Pour ce qui est des propositions précises faites au paragraphe 21, elles devront être soigneusement étudiées par chaque Directeur régional compte tenu de la situation propre à chaque pays. Peut-être sera-t-il sage d'introduire expérimentalement ce système dans un ou deux pays seulement. Ce que M. Furth peut dire à propos du système - à titre tout à fait provisoire au stade actuel -, c'est, tout d'abord, que la clé du succès ou de l'échec de cette forme de délégation de pouvoirs sera la surveillance étroite du fonctionnement du système au niveau du Bureau régional et, ensuite, que le Bureau régional devra inscrire les engagements de dépenses en regard du compte d'imputation correspondant pour chaque catégorie d'activité confiée à un coordonnateur des programmes OMS au moment de la délégation de pouvoirs.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare qu'avec le temps il y a eu à l'OMS un net changement d'orientation vers une plus grande participation démocratique, changement qui témoigne de la santé de l'Organisation et de la maturité à laquelle elle est parvenue. Il s'agit d'une démarche permanente. Lorsque l'Organisation a été créée il y a quelque 35 ans, il s'est établi ce qu'on pourrait appeler une sorte de contrat social volontaire entre des Etats Membres souverains pour assumer une série de responsabilités, que ce soit au niveau national ou régional ou au niveau du Conseil et de l'Assemblée de la Santé. Fondamentalement, les responsabilités du Secrétariat (qu'il ne faut pas confondre avec celles des Etats Membres) étaient de prêter un appui maximum aux Etats Membres pour les aider à remplir des obligations qu'ils avaient décidé d'assumer. Pendant bien des années, l'Organisation a en fait été une sorte d'instance supranationale qui avait son propre point de vue sur la façon de résoudre les problèmes de santé dans le monde et essayait de l'imposer à ses Etats Membres. Or, à la suite de décisions prises avec les années par le Conseil et l'Assemblée de la Santé, l'Organisation a changé d'attitude, et cette approche supranationale n'est plus acceptable. Si les Etats Membres n'assument pas eux-mêmes la responsabilité de leurs besoins sanitaires, l'OMS ne peut faire grand-chose si ce n'est jouer les organismes donateurs de troisième zone. Toutefois, ces dix dernières années, les pays ont radicalement modifié leur vision de l'Organisation et la façon dont ils utilisent ses ressources, financières et autres.

Le concept de coordonnateur des programmes de l'OMS est encore dangereusement proche de celui d'instance supranationale et ne permet pas aujourd'hui de répondre aux besoins de nombreux pays. Lorsqu'on parle de décentralisation vers les pays, ce n'est donc pas la décentralisation vers les coordonnateurs des programmes de l'OMS qu'il faut envisager, mais bien plutôt vers les autorités sanitaires nationales. Renforcer le bureau du coordonnateur en lui adjoignant des conseillers techniques ne ferait qu'établir une dépendance, ce qui est le contraire de l'effet recherché. Il ne faut pas entendre par coordination la simple coordination entre l'OMS et d'autres institutions; cela doit signifier la fourniture d'un appui plus important aux autorités nationales pour leur permettre de s'attaquer à des chasses gardées et d'agir plus efficacement en vue de leurs propres objectifs en santé.

Le Dr Cabral a demandé comment il faudrait utiliser les ressources au niveau des pays. Là aussi, l'OMS diffère d'autres organismes comme le PNUD en ce sens que ses ressources n'appartiennent pas aux Etats Membres à titre individuel mais à tous les Etats Membres collectivement. C'est aux autorités nationales de déterminer les moyens d'appliquer leurs stratégies de la santé pour tous et de décider des meilleures façons d'utiliser à cette fin les ressources de l'OMS.

Le Directeur général rappelle que, lors d'un débat approfondi au Conseil il y a quelque cinq années, il avait instamment demandé que l'on introduise une plus grande souplesse dans l'utilisation des ressources au niveau des pays en établissant des budgets programmes. Le Conseil y a consenti, malgré les mises en garde de plusieurs membres quant aux risques de mauvaise utilisation du système. Comme toujours avec un système nouveau, il y a eu certains abus. Ceux-ci sont néanmoins compensés, et de loin, par des avantages évidents en ce sens que les Etats Membres ont les moyens de déterminer eux-mêmes les modalités d'utilisation des ressources de l'OMS. Le Directeur général a lui-même assumé récemment des fonctions de consultant en Thaïlande puisqu'il a aidé le Gouvernement à voir s'il utilisait de façon optimale les ressources de l'OMS. Si un Etat Membre ne prend pas conscience des responsabilités qui sont les siennes, peu importe que l'on renforce le rôle des coordonnateurs des programmes de l'OMS - ceci ne redressera pas la distorsion fondamentale au niveau de l'utilisation des ressources de l'OMS.

Le Directeur général est reconnaissant aux membres du Conseil de tout le temps qu'ils ont passé et passent encore à étudier les changements nécessaires pour instaurer le type d'organisation requis. L'OMS est maintenant en mesure d'aller de l'avant. Certaines démarches seront de type expérimental - par exemple l'établissement de budgets programmes au niveau des pays, un domaine capital pour l'avenir de l'OMS. Certes, des doutes et des craintes se font jour car l'on se demande si ce sont les bonnes mesures qui sont prises. Bien sûr, il y a aussi des tensions à tous les niveaux de l'Organisation, de même qu'entre l'OMS et les Etats Membres. Grâce à l'attitude du Conseil et de l'Assemblée de la Santé, ces tensions sont constructives. Le débat positif auquel le Conseil vient de procéder montre s'il en était besoin qu'il se préoccupe sincèrement du sort de l'OMS. Le Secrétariat répondra assurément au défi du Conseil et communiquera les résultats de toutes les activités de surveillance et d'évaluation pour faire en sorte que l'OMS aille dans la direction souhaitée par les Etats Membres.

Le PRESIDENT propose d'inviter le Dr Reid à aider les Rapporteurs à rédiger un nouveau projet de résolution tenant compte des vues exprimées par le Conseil.

Il en est ainsi décidé.

2. PROGRAMME D'ACTION CONCERNANT LES MEDICAMENTS ESSENTIELS : Point 19 de l'ordre du jour (documents EB69/22 et EB69/22 Add.1)

Le Dr SANKARAN (Directeur, Division de la Technologie diagnostique, thérapeutique et de Réadaptation), présentant ce point de l'ordre du jour, note que les discussions techniques qui ont eu lieu les 12 et 13 mai 1978, pendant la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé, ont abouti à une approbation générale du concept des médicaments essentiels. Par la suite, des résolutions ont invité le Directeur général à établir un programme d'action concernant les médicaments essentiels. Dans son analyse des huit éléments essentiels des soins de santé primaires (document HPC/PHC/REP/81.1), où les médicaments essentiels étaient présentés en huitième position, le Comité du Siège pour le Programme a défini les zones d'activité suivantes : acquisition des médicaments, stockage des médicaments, distribution des médicaments et utilisation des médicaments à la maison et dans les établissements sanitaires de premier niveau et du premier niveau d'orientation/recours. Ce document devrait être utile aux pays en développement désireux d'inaugurer une politique pharmaceutique nationale. Dans d'autres documents publiés à la suite du rapport d'Alma-Ata l'accent a été mis sur le rôle des médicaments essentiels en tant qu'élément des soins de santé primaires fondamental pour les stratégies de la santé pour tous. Le Directeur général a établi le programme d'action concernant les médicaments essentiels le 1<sup>er</sup> février 1981.

Le Dr Sankaran appelle l'attention du Conseil sur divers aspects du rapport du Directeur général (document EB69/22). Ce document contient des informations de base sur le programme et les problèmes des Etats Membres, particulièrement en ce qui concerne les pays les moins avancés. Le rapport contient aussi un bref compte rendu des progrès accomplis aux niveaux régional et

mondial et un exposé des problèmes politiques, sociaux et commerciaux qui se posent à travers le monde. Les principes du programme d'action sont définis à la section 5, qui est suivie par un projet de plan d'action prévoyant des mesures qui devraient être appliquées au cours de la période biennale 1982-1983. Le rapport souligne aussi la nécessité de poursuivre le programme au cours de l'exécution du septième programme général de travail. Il contient enfin une description du rôle des gouvernements et de l'OMS aux niveaux national, régional et mondial.

A une réunion tenue en octobre 1981, le Comité Ad Hoc de la Politique et de la Gestion pharmaceutiques a demandé des informations sur les enseignements tirés de missions effectuées dans les pays, qui ont été distribuées sous la forme d'un addendum au rapport du Directeur général (document EB69/22 Add.1). Ce document présente en résumé des renseignements concernant plus de trente pays, de toutes les régions, étudiés en 1979-1981, et appelle spécialement l'attention sur la coopération technique entre pays en développement dans le domaine des médicaments essentiels.

Le Bureau régional de l'Europe a produit deux excellentes publications intitulées "National Drug Policies" (1979) et "Studies in Drug Utilization" (1979), qui devraient se révéler particulièrement utiles pour les pays en développement. Un troisième document (intitulé "Managing Drug supply" préparé par Management Sciences for Health, Boston, Mass., -Etats-unis d'Amérique, avec le concours de l'USAID et de l'OMS) sur la sélection, l'acquisition, la distribution et l'emploi des produits pharmaceutiques dans les soins de santé primaires est à la disposition des membres, et leurs observations sur ce document seront les bienvenues.

En 1894, Sir William Osler a écrit que l'homme ressent un besoin inné de médicaments, et que le désir de prendre des médicaments est l'un des traits qui le distinguent des animaux, ajoutant que c'est là l'une des difficultés les plus sérieuses à affronter par le médecin. Le désir des malades d'être traités par des médicaments se traduit par d'énormes pressions et peut aboutir à des dépenses irraisonnées, dépassant de loin les moyens de la plupart des Etats Membres. Les riches peuvent satisfaire ce désir, mais des millions d'autres, auxquels on ne pense pas, sont condamnés à souffrir de la mauvaise santé et de la misère. Avec l'approbation et la coopération des Etats Membres, le Programme d'action concernant les médicaments essentiels vise à porter remède à cette situation.

M. PERETZ (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament), parlant à l'invitation du Président, précise que l'objet de son intervention est d'appeler l'attention du Conseil sur l'appui donné au programme et sur les offres faites par l'industrie pharmaceutique. La Fédération compte des associations membres dans 47 pays et les membres du Conseil peuvent, sur demande, obtenir une brochure définissant sa structure et ses activités.

A son avis, le Directeur général dans son rapport est loin de rendre justice aux contributions de l'industrie pharmaceutique, et passe sous silence certaines offres précises d'assistance au programme qui ont été faites à l'OMS. Il tient à signaler que, dès 1979, l'OMS a reçu de plus de 40 firmes des offres concernant la fourniture "à des conditions favorables" de quelque 200 médicaments différents. Il y a eu des réunions de représentants des firmes concernées et de l'OMS jusqu'en juin 1980, mais deux réunions qui auraient dû avoir lieu par la suite ont été annulées par l'OMS et, à sa connaissance, aucune autre démarche n'a été faite depuis lors, ni par l'OMS, ni auprès des pays en développement intéressés, en vue d'une acceptation des offres en question.

Au cours des débats qui ont précédé, il a été mis en évidence qu'un approvisionnement en médicaments n'est guère utile sans dispositions locales adéquates pour le stockage et la distribution. Il est bien vrai que la logistique de l'approvisionnement en médicaments, y compris leur acquisition, représente un domaine crucial. C'est un domaine dans lequel l'industrie est réellement compétente, et c'est la raison pour laquelle les firmes qui ont offert des médicaments au Programme d'action ont également offert une assistance logistique. En 1980, ces firmes ont, à leurs frais, détaché des experts pour guider des missions d'enquête au Rwanda, au Burundi, en Somalie et dans la République arabe du Yémen, comme il est brièvement indiqué dans l'addendum au rapport du Directeur général. L'utilité de ces experts a été reconnue à titre privé par l'OMS à l'époque, mais il n'y a pas eu de reconnaissance officielle, alors qu'une telle reconnaissance se serait révélée utile. Il serait intéressant de savoir si les recommandations de ces missions ont été suivies d'effet. Vers la fin de 1981, trois sociétés ont financé les services d'experts en vue d'une mission consultative au Burundi, et l'un de ces experts est maintenant retourné au Burundi pour aider le Gouvernement à mettre au point un plan local.

L'OMS a reconnu que le contrôle de la qualité est un facteur clé et que son propre plan de certification n'est pas utilisé de façon adéquate (section 2.3 du rapport). Selon l'industrie, mettre l'accent sur le prix plutôt que sur la qualité est rendre un mauvais service aux pays en développement. Pour donner une aide dans ce domaine, la Fédération a offert lors de la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé de financer des cours de contrôle de la qualité, d'une durée de trois à six mois, destinés à des stagiaires de pays en développement. La brève allusion à cette offre qui est faite dans le rapport du Directeur général (section 3.19) ne précise pas qu'elle couvrirait le coût de la subsistance aussi bien que de la formation, ni que si le plan pilote de 25 postes était couronné de succès, d'autres offres auraient suivi. Jusqu'ici cette offre n'a obtenu qu'une modeste réponse : 12 stagiaires ont pris des postes et six d'entre eux ont achevé leur formation.

En ce qui concerne les importations, il souligne qu'aucun pays n'est autosuffisant en matière de médicaments, et que même les Etats-Unis et le Japon en importent des quantités considérables. Compte tenu des réductions de coût résultant des économies d'échelle, il n'est pas de l'intérêt des pays en développement de trop mettre l'accent sur les avantages d'une fabrication locale. Des usines de médicaments fonctionnent dans de nombreux pays, y compris des pays en développement tels que le Mexique, le Brésil, l'Inde et la Corée du Sud, et quelque 10 000 firmes font partie des associations membres de la Fédération. Ainsi, loin d'être hautement concentrée, comme le laisse entendre le rapport du Directeur général (section 4.4), l'industrie pharmaceutique est fortement fragmentée, et aucune firme ne contrôle une part de plus de 3,5 % du marché mondial.

Le rapport du Directeur général contient une déclaration importante (section 3.21) d'où il résulte que la stratégie envisage aussi un renforcement de la collaboration avec l'industrie pharmaceutique, sans laquelle les médicaments ne parviendraient jamais sur le terrain. La plupart des médicaments modernes - bien différents de ceux que connaissait Sir William Osler - y compris les médicaments figurant sur la liste de médicaments essentiels, sont le produit de recherches menées par l'industrie pharmaceutique. Celle-ci, estime M. Peretz, a bien répondu à l'appel lancé par le Directeur général à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé, et a donné la preuve pratique d'une attitude coopérative et constructive à l'égard du Programme d'action.

Il souligne encore l'importance d'un recours à l'aide de l'industrie pour la logistique de l'obtention et de la fourniture des médicaments, estimant que l'aide donnée et les offres faites devraient être publiquement reconnues.

Une nouvelle approche collaboratrice pourrait assurer le succès du Programme concernant les médicaments essentiels. Comme le Directeur général l'a justement souligné, les principaux contributeurs sont les Etats Membres eux-mêmes. Cependant, l'OMS et l'industrie ont aussi des rôles importants à jouer. Le programme comporte trois éléments essentiels : infrastructure sanitaire, distribution et médicaments. Si l'industrie n'a aucun rôle à jouer en ce qui concerne le premier élément, elle peut, et certainement elle désire aussi, soutenir l'OMS en ce qui concerne les deux autres.

La séance est levée à 17 h 33.

= = =