

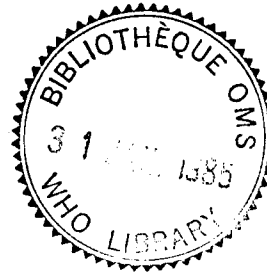


24 janvier 1985

CONSEIL EXECUTIF

Soixante-quinzième session

Point 7 de l'ordre du jour



ANGLAIS ET FRANCAIS  
SEULEMENT

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 1986-1987

Rapport du Conseil exécutif sur son examen du projet de budget programme  
pour l'exercice 1986-1987

INTRODUCTION

1. Lors de sa soixante et onzième session, en janvier 1983, le Conseil exécutif a décidé d'adopter une nouvelle présentation pour la préparation de son rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'examen du projet de budget programme pour 1984-1985; il visait à mettre l'accent sur les questions importantes de politique programmatique et financière et à rendre ainsi son rapport plus utile à l'Assemblée de la Santé.
2. Pour la préparation du présent rapport, le Conseil exécutif a adopté la même approche. Il s'est attaché à mettre en évidence les grandes questions de politique qui, à son avis, appellent une étude particulière de l'Assemblée de la Santé lors de l'examen du projet de budget programme pour 1986-1987. Le rapport, qui est donc essentiellement consacré à des questions particulières, a été structuré comme suit :
  - I. Principales questions de politique mondiale et régionale qui ressortent de la discussion sur les chapitres I et III de l'Introduction du Directeur général au projet de budget programme (document PB/86-87, pages XII à XXXVIII et XLIII à XLIV).
  - II. Principales questions particulières de politique et de stratégie programmatiques, présentées sous les quatre grandes catégories de programmes du septième programme général de travail, y compris les questions ayant trait aux affectations de ressources (document PB/86-87, pages 49 à 291).
  - III. Principales questions budgétaires et financières qui ressortent de l'examen du chapitre II de l'Introduction du Directeur général au projet de budget programme, y compris le niveau du budget et le projet de résolution portant ouverture de crédits pour 1986-1987 (document PB/86-87, pages XXXVIII à XLIII et 27 à 33).
3. Le Conseil espère que, sous sa nouvelle présentation, son rapport aidera l'Assemblée à se concentrer, lors de l'examen du projet de budget programme, sur les questions jugées les plus importantes. Les débats approfondis du Conseil sur le projet de budget programme pour 1986-1987 sont exposés dans les procès-verbaux de sa soixante-quinzième session, tenue en janvier 1985.

I. QUESTIONS DE POLITIQUE GENERALE

4. Le Conseil exécutif propose que, lors de l'examen du projet de budget programme pour l'exercice 1986-1987 (document PB/86-87), les délégués à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé accordent une attention particulière à l'Introduction du Directeur général qui expose les principales orientations de la politique générale et du programme pour 1986-1987 et propose un certain nombre de questions critiques à débattre.
5. Le Conseil exécutif partage les scrupules du Directeur général qui, pour le deuxième exercice biennal consécutif, se voit obligé de proposer un plafond budgétaire n'autorisant aucune croissance en termes réels. Les pays en développement doivent faire face à de graves problèmes de santé, à des besoins croissants et à d'énormes lacunes dans les ressources dont ils disposent pour l'exécution des stratégies de la santé pour tous; dans certaines régions ces difficultés sont aggravées par la sécheresse, la famine, les conflits armés, les problèmes de réfugiés et une dette extérieure en constante augmentation. Par ailleurs, toutefois, il importe de ne pas perdre de vue le climat économique qui règne dans les pays fournissant la majeure partie des fonds de l'Organisation.
6. Devant le dilemme d'un budget stationnaire en termes réels et de besoins sanitaires croissants, le Conseil exécutif estime que la seule solution est de faire un usage optimal de toutes les ressources disponibles, à commencer par celles de l'Organisation elle-même, compte tenu des priorités et c'est là le thème principal du projet de budget programme pour l'exercice 1986-1987. Il a donc suggéré que les délégués à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé examinent dans cette optique les propositions du budget programme en tenant compte des besoins et des capacités de chaque pays. Le Conseil constate d'ailleurs que, malgré la croissance zéro du budget programme en termes réels, il a été possible, en opérant des réductions à d'autres niveaux, d'obtenir au niveau des pays une augmentation de 4,2 % en termes réels.
7. La question de l'utilisation des ressources de l'OMS dans les régions et notamment dans les pays mêmes doit être soigneusement examinée à la lumière des politiques et stratégies de la santé pour tous adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé. Le fait que près de 70 % des fonds du budget ordinaire de l'Organisation pour 1986-1987 sont affectés à des activités de pays, inter pays et régionales revêt une importance particulière.
8. Dans sa résolution WHA33.17, la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé (1980) a décidé d'orienter particulièrement les activités de l'Organisation, au cours des prochaines décennies, sur le soutien des stratégies de la santé pour tous. Elle a demandé instamment aux Etats Membres de prendre certaines mesures dans l'esprit des politiques adoptées collectivement à l'OMS et d'assumer la responsabilité de l'usage qu'ils font de leur Organisation. Cette résolution priait le Directeur général et les Directeurs régionaux de ne donner une suite favorable aux demandes des gouvernements que si celles-ci étaient conformes aux politiques de l'Organisation décidées d'un commun accord. A cet égard, elle demandait aux comités régionaux d'exercer plus activement leurs fonctions de surveillance, de contrôle et d'évaluation.
9. Le Conseil exécutif souscrit au principe selon lequel la responsabilité assumée par les gouvernements leur impose de rendre compte de leurs actions. Le budget de l'Organisation est la propriété collective des Etats Membres et aucune partie ne peut appartenir en propre à tel ou tel Membre. C'est pourquoi, dans sa résolution WHA34.24, la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (1981) a prié instamment les Etats Membres d'élaborer des politiques internationales en matière de santé.
10. Le Conseil exécutif se félicite des efforts déployés par de nombreux pays en vue de mettre au point, conjointement avec l'OMS, des analyses de la politique générale et du programme portant sur l'essentiel des activités nationales axées sur la santé pour tous. Le Conseil a été également informé d'un certain nombre d'approches utilisées au niveau régional ainsi que dans le cadre des travaux des comités régionaux pour planifier et contrôler les activités entreprises par l'Organisation à l'appui du développement des stratégies et programmes sanitaires nationaux.

Les expériences satisfaisantes devraient être diffusées de façon plus systématique dans l'ensemble des Régions ainsi qu'à tous les niveaux de l'Organisation. Le Conseil note, en approuvant cette initiative, que le Directeur général a l'intention de surveiller de plus près, par un contrôle financier axé sur les questions de politique générale et de programme, l'usage qui est fait des ressources de l'OMS et d'en tenir informés les comités régionaux, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé.

11. Le Conseil exécutif a adopté la résolution EB75.R .<sup>1</sup> Celle-ci donne effet à la proposition du Directeur général tendant à ce que chaque Région OMS formule une politique régionale en matière de budget programme et prie les comités régionaux de préparer des politiques régionales en matière de budget programme conçues en vue d'une utilisation optimale des ressources de l'OMS, notamment au niveau des pays, et d'en surveiller l'application pour mettre en oeuvre, dans toute la mesure possible les politiques collectives de l'Organisation. Elle prie en outre les comités régionaux de soumettre lesdites politiques au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé, pour examen, et de préparer des projets de budget programme régionaux conformes à ces politiques. Le Conseil s'engage à contrôler et à évaluer la préparation et l'exécution de ces politiques régionales et à faire régulièrement rapport sur ce sujet à l'Assemblée de la Santé. Il n'est pas possible, à ce stade, de prendre des décisions définitives, mais le Directeur général se propose néanmoins de préparer un schéma informel exposant les problèmes, les procédures et les évaluations dont pourrait traiter une politique régionale en matière de budget programme. Il reconnaît toutefois que la situation peut varier d'une Région à l'autre et que l'élaboration de la politique régionale doit s'inscrire dans un processus de consultation et d'apprentissage par la pratique.

12. Le Conseil estime que l'existence de ces politiques régionales en matière de budget programme et des moyens d'en contrôler l'application devrait largement contribuer à résoudre un problème éternel qui est la difficulté, pour le Conseil et l'Assemblée mondiale de la Santé, d'évaluer l'efficacité de l'utilisation des ressources de l'OMS pour un appui direct aux pays. Le Conseil reconnaît que le mode de présentation du budget programme de l'OMS a notablement évolué depuis une dizaine d'années : il est maintenant davantage orienté vers les programmes et plus analytique. Le projet de budget programme pour 1986-1987 établit une distinction plus nette entre les trois principaux niveaux organisationnels, à savoir les pays mêmes, le niveau interpays et régional, et le niveau mondial et interrégional.

13. Toutefois, les membres du Conseil ont regretté que, par suite du regroupement opéré sur le plan mondial, il n'y ait pas assez d'informations précises, dans le document concernant le budget programme, sur les divers pays et régions. La méthode de l'OMS est une programmation par objectif et une budgétisation par programme et il n'est pas question de revenir à une analyse par poste de dépense ou projet par projet, mais de faire en sorte que les ressources de l'OMS soient vraiment bien utilisées en vue de soutenir l'essentiel des activités nationales de développement conformes aux politiques de la santé pour tous. Ce qu'il y a lieu de déterminer, c'est comment cette évaluation peut s'effectuer au niveau des pays, comment il peut en être rendu compte intégralement dans les documents relatifs aux budgets programmes régionaux soumis aux comités régionaux et comment on peut la résumer et la présenter dans le document sur le budget programme mondial destiné au Conseil et à l'Assemblée de la Santé, d'une manière appropriée à chaque niveau. Toutes ces considérations doivent être prises en compte dans les politiques régionales en matière de budget programme.

14. Le succès des politiques et stratégies de la santé pour tous dépend de la présence de gens dévoués - agents et administrateurs sanitaires - capables d'aspirations élevées, en fait, d'animateurs du développement sanitaire. Investir dans la santé est l'une des mesures les plus sages que puisse prendre un dirigeant politique. Le Conseil exécutif approuve, dans son principe, la proposition du Directeur général tendant à instaurer une formation ou tout autre type d'apprentissage pour susciter des animateurs de la santé pour tous. Le Directeur général a fait valoir au Conseil que cette formation ne devait pas avoir un caractère "scolaire" mais faire intervenir, outre des décideurs et responsables de haut niveau du secteur de la santé et des prestataires de soins, des personnalités dont l'autorité est bien établie et qui jouent

---

<sup>1</sup> EB75/1985/REC/1, résolutions et décisions.

un rôle actif dans des domaines comme la politique, l'action sociale, les sciences, l'éducation, la religion, le service public et l'action communautaire en faveur du développement sanitaire. Pour que cette démarche se révèle utile il faudra, de l'avis du Conseil, procéder à un redéploiement des ressources. Le Directeur général a expliqué au Conseil exécutif qu'il avait créé un groupe spécial pour élaborer le détail de la formation d'animateurs de la santé pour tous et l'on pense en savoir plus sur ce point lors de la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

## II. QUESTIONS DE POLITIQUE PROGRAMMATIQUE

### a) Questions de politique et de stratégie programmatiques

15. Le Conseil exécutif souhaite porter tout particulièrement à l'attention des délégués de l'Assemblée de la Santé certains thèmes qui recourent les zones de programme et dont il considère qu'ils revêtent une importance particulière. Il s'agit notamment : a) de l'insuffisance de la capacité de gestion au niveau des pays; b) de la nécessité de renforcer les actions intersectorielles pour la santé; c) de l'importance d'une sensibilisation aux problèmes de santé, et d) de la diffusion de matériels d'information dans les pays.

16. Se référant au point b) ci-dessus, le Conseil exécutif note avec inquiétude que, dans de nombreux pays, l'insuffisance de la coopération intersectorielle fait non seulement perdre des occasions de promouvoir efficacement la santé mais crée en outre de nouvelles formes de dangers graves pour la santé des populations concernées. Il constate que la politique de l'Organisation a consisté à mettre l'accent sur les ministères de la santé et à les renforcer pour leur permettre d'assumer leurs rôles de direction et de coordination dans le développement sanitaire national. Par ailleurs, il note qu'aux termes de l'article 33 de la Constitution de l'OMS, le Directeur général peut mettre en oeuvre une procédure, en vertu d'un accord avec les Etats Membres, lui permettant d'entrer directement en rapport avec leurs divers départements ministériels. Tout en poursuivant l'application de la politique actuelle, le Directeur général estime que le dialogue de l'OMS au niveau des pays avec les différents départements ministériels pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure, éventuellement de la part du Comité du Programme du Conseil exécutif.

### Direction, coordination et gestion

17. Du fait des tendances favorables des taux de change budgétaires entre le franc suisse et le dollar des Etats-Unis et d'une moindre utilisation de personnels temporaires, il a été chaque fois possible de réduire les crédits alloués au programme 1.1 (Assemblée mondiale de la Santé) au cours de chacun des exercices situés entre 1980-1981 et 1986-1987.

18. Le Conseil exécutif, en sa qualité d'organe exécutif de l'Assemblée de la Santé, ayant joué un rôle plus actif dans l'évaluation et l'application des politiques régionales en matière de budget programme conformément à la résolution EB75.R7, il estime que certains de ses membres pourraient avoir à effectuer des visites de travail dans des Régions autres que la leur et des dispositions seraient éventuellement à prendre à cet effet.

19. Le Conseil souscrit à la nécessité d'assurer la coordination du soutien apporté, au plan mondial, par l'Organisation aux stratégies de la santé pour tous, tâche pour laquelle le Directeur général a institué un groupe de travail de la santé pour tous mentionné sous le programme 2.1 (Direction générale). Pour la mise en oeuvre de ces stratégies, il est capital de poursuivre le dialogue avec les administrateurs principaux de la santé publique et, parmi les problèmes cruciaux auxquels les Etats Membres sont confrontés et qu'a recensés le groupe de travail, figure celui de la mobilisation et de l'affectation des ressources pour le développement sanitaire. Le Directeur général présentera un rapport sur les stratégies économiques à sa soixante-dix-septième session (janvier 1986).

20. Le Conseil considère que le programme 2.2 (Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement), qui représente près de 2 % du budget effectif proposé, constitue un élément important du budget programme car il donne une bonne marge de manoeuvre

pour lancer des activités novatrices, faire face à des changements majeurs de politique et résoudre des problèmes de santé urgents et imprévisibles.

21. En examinant le programme 2.3 (Développement d'ensemble des programmes), le Conseil prend note du développement du système d'information de l'OMS qui se poursuit et, notamment, de l'augmentation importante de ce poste dans la Méditerranée orientale qui doit permettre à cette Région de développer son système de gestion informatisée pour répondre aux besoins mentionnés dans le plan directeur pour l'appui informatique (à savoir, toute la gamme des matériels, des logiciels et des communications). Etant donné le montant substantiel des sommes investies dans l'informatique, le Conseil note avec satisfaction que l'Organisation a établi des normes technologiques et des directives en matière de rapport coût/efficacité et de compatibilité.

22. En ce qui concerne le développement et la formation continue du personnel, le Conseil a été informé que ce programme contribuerait à promouvoir la formation des animateurs de la santé pour tous évoqués au paragraphe 14 ci-dessus. Le but est d'établir des passerelles entre les responsables nationaux, les décideurs, les professionnels de la santé et le personnel de l'OMS en utilisant à la fois des méthodes traditionnelles et des méthodes novatrices. Les fonds viendront de sources nationales et internationales ainsi que des ressources budgétaires de l'OMS à tous les niveaux organisationnels.

23. Le rôle de l'OMS dans les opérations de secours d'urgence (au titre du programme 2.4 Coordination extérieure pour le développement sanitaire et social) a été examiné de façon approfondie par le Comité du Programme à sa neuvième réunion (octobre 1984). On a fait observer que le rôle constitutionnel de l'OMS en tant qu'"autorité directrice et coordinatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international" (article 2 a)) est permanent alors que son rôle dans les situations d'urgence est épisodique (article 2 d)). Des considérations humanitaires rendent souvent, et on le comprend, ce dernier rôle plus enthousiasmant et donc particulièrement incitatif pour les affectations de ressources, risquant ainsi de compromettre les objectifs à long terme de l'Organisation. Il ne faut pas perdre de vue que, si le rôle de coordination de l'OMS est unique, elle partage avec de nombreuses autres organisations son rôle dans les situations d'urgence et les ressources qu'elle peut y consacrer doivent être envisagées dans cette optique. Le Conseil approuve le rôle de l'OMS en tant qu'organisatrice de l'aspect sanitaire des activités de secours d'urgence menées par les organisations et institutions du système des Nations Unies les plus directement responsables. Conformément à la résolution WHA34.26, l'action est essentiellement menée sur deux fronts : renforcement de l'état de préparation des Etats afin qu'ils puissent faire face aux catastrophes, et secours sanitaires prompts et efficaces dans les cas d'urgence. Le Conseil souligne la nécessité d'une coordination efficace entre tous les intéressés, non seulement au niveau des pays, mais aussi entre les différents niveaux organisationnels.

24. Le Conseil, profondément préoccupé de la très grave situation sociale et sanitaire créée par la sécheresse et par la famine dans de nombreux pays du continent africain et rappelant les résolutions précédentes de l'Assemblée de la Santé à cet égard, aimerait s'entendre confirmer que son Organisation a réagi à la crise de manière humaine et efficace. Il prend acte avec satisfaction de la grande diversité des activités entreprises et de l'aide fournie en 1984 en étroite collaboration avec l'Organisation des Nations Unies et d'autres institutions. A la demande du Conseil, un document d'information sur ce sujet sera présenté à la Trente-Huitième Assemblée de la Santé. Le Conseil suggère en outre que l'Organisation prenne des mesures pour mieux faire connaître le rôle de l'OMS dans les opérations de secours en cas de catastrophe ainsi que ses activités dans ce domaine.

#### Infrastructure des systèmes de santé

25. Les programmes figurant sous la rubrique Infrastructure des systèmes de santé concernent un ensemble complexe d'éléments interdépendants qui vise à soutenir les pays dans leur effort pour mettre en place des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires. Le Conseil admet que, si dans l'action en faveur des soins de santé primaires, des progrès substantiels ont été accomplis au niveau de la volonté politique, de la compréhension du problème et de la fixation des grandes orientations, la mise en oeuvre n'a avancé que lentement d'une façon générale. Le Conseil y voit plusieurs raisons. Si la rareté des ressources demeure un problème

dans beaucoup de pays, un autre aspect, tout aussi déterminant, tient aux graves insuffisances de la capacité gestionnaire. Il s'y ajoute une médiocre capacité d'assimilation qui rend difficiles aux pays l'application des technologies existantes et l'utilisation optimale des ressources. Le Conseil pense que la proposition du Directeur général de susciter des vocations d'animateurs de la santé pour tous pourrait aider à surmonter les contraintes de ce type.

26. Devant la montée des dépenses de santé, associée à l'incertitude des ressources dans presque toutes les régions du monde, le Conseil réaffirme l'urgente nécessité de renforcer la position du ministère de la santé au sein de l'administration nationale. Pour amener les dirigeants politiques à investir davantage dans les soins de santé primaires que dans les soins tertiaires, il faut produire des arguments plus convaincants. Dans un monde où les priorités s'affrontent, le Conseil est d'avis que les autorités sanitaires doivent chercher à tirer un meilleur parti des ressources disponibles et envisager plus sérieusement de faire appel aux méthodes de l'économie sanitaire.

27. Beaucoup d'Etats Membres éprouvent de grandes difficultés à obtenir et à évaluer les données de base, les plus essentielles au développement de leurs systèmes de santé. Le Conseil approuve donc la réorientation du programme 3.1 (Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances), qui vise à apporter un meilleur soutien en matière d'information sanitaire à l'appui de la gestion des systèmes nationaux de développement sanitaire. Dans ce contexte, le Conseil relève avec satisfaction les efforts qui ont été faits pour rendre plus pertinent le contenu du Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS. Le Conseil a été informé que la Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies serait soumise, en 1987, à l'examen d'un comité d'experts. En outre, on s'efforce de trouver les moyens de classer d'autres composantes du développement sanitaire en rapport avec les soins de santé primaires.

28. Le Conseil rappelle qu'au titre du programme 3.2 (Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national), le départ a été donné à une expérience qui consiste à recourir davantage à des nationaux comme coordonnateurs des programmes OMS dans les pays en lieu et place du personnel international. Le Directeur général a confirmé que cette expérience était en cours d'évaluation et qu'un rapport complet serait présenté au Conseil pour examen.

29. Le Conseil appelle l'attention de l'Assemblée sur le fait que la recherche relative aux systèmes de santé axés sur un programme particulier a été intégrée aux programmes correspondants de l'OMS qui concernent le développement de l'infrastructure ou la science et la technologie. Pour cette raison, le programme 3.3 (Recherche sur les systèmes de santé) a un rôle important en matière de coordination. A sa neuvième réunion, en octobre 1984, le Comité du Programme du Conseil exécutif a examiné la question de la recherche sur les systèmes de santé qu'il a définie, en substance, comme la recherche visant à optimiser l'utilisation des technologies et des ressources ainsi qu'à rassembler les composantes des soins de santé primaires pour promouvoir la santé et dispenser des soins de santé à tous les niveaux des systèmes nationaux de santé.

30. Le Conseil reconnaît que la recherche sur les systèmes de santé constitue une composante essentielle des stratégies nationales pour la promotion et le développement des soins de santé primaires. Dans beaucoup de pays, notamment dans les pays en développement, le potentiel national en matière de recherche opérationnelle est insuffisant. La raison en est parfois une méconnaissance, à l'échelon politique, de la valeur de cet instrument de gestion. Il s'ensuit que les programmes nationaux de recherche sont les plus vulnérables en période de récession économique. L'adjonction de la notion de développement qu'implique une telle recherche pourrait aider les décideurs à apprécier l'utilité potentielle de ce que l'on pourrait appeler "Recherche et développement en matière de systèmes de santé". La recherche sur les systèmes de santé est l'un des domaines où les pays devraient pouvoir utiliser au mieux les ressources de l'OMS.

31. En raison de la priorité qu'il accorde à la recherche, le Conseil relève avec une certaine préoccupation les réductions des prévisions de dépenses concernant le programme 3.3 (Recherche sur les systèmes de santé) et le programme 7 (Promotion et développement de la recherche) et pense que le Directeur général voudra sans doute envisager un réajustement en faveur de la recherche par le biais du Programme du Directeur général pour le développement.

32. Le Conseil est d'avis que le programme 3.4 (Législation sanitaire) est bien défini et constitue un soutien approprié aux stratégies nationales de la santé pour tous. Il accueille favorablement la réorientation du Recueil international de Législation sanitaire qui est devenu un outil d'une utilité croissante pour la coopération technique et l'échange d'informations entre les Etats Membres sur la législation en rapport avec la santé.

33. En ce qui concerne le programme 4 (Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires), le Conseil souligne que la coordination intersectorielle, dont l'importance est cruciale pour les soins de santé primaires, devrait retenir davantage l'attention. Plusieurs cas encourageants d'action communautaire au niveau intersectoriel peuvent être mentionnés, par exemple les soins de santé primaires autogérés au niveau des villages et la coopération technique entre communautés voisines, dans le cadre des stratégies nationales de développement de la santé. Pour bien refléter l'importance de cette démarche, on pourrait ajouter au huitième programme général de travail un but précis visant à favoriser l'action intersectorielle au niveau national. Le Conseil prend note avec satisfaction des activités communes OMS/FISE envisagées au titre de ce programme.

34. Le Conseil réaffirme l'importance que revêt l'élaboration de politiques et de plans nationaux en matière de personnels de santé (programme 5 : Personnels de santé), étant donné notamment que, dans de nombreux pays, les traitements des personnels médicaux absorbent une part importante des budgets nationaux de la santé. Il convient de mettre l'accent sur la complémentarité de toutes les catégories de professionnels de la santé ainsi que sur l'utilisation optimale de la totalité des personnels de santé. Doivent aussi retenir l'attention les plans de carrière, les systèmes d'incitation et des conditions d'emploi souples pour les femmes, étant donné notamment que celles-ci constituent en général l'ossature du système de soins de santé.

35. L'OMS peut répondre aux besoins nationaux de formation par divers moyens, par exemple, outre les bourses d'études, des activités de développement et de formation des personnels dans les pays et au niveau interpays, des bourses de formation à la recherche, des voyages d'études et un soutien institutionnel. A la demande du Conseil, le Directeur général présentera, à la session du Conseil exécutif prévue en janvier 1986, un rapport intérimaire sur l'application de la résolution EB71.R6 qui énonce la nouvelle politique de l'Organisation en matière de bourses d'études.

36. Au sujet du programme 6 (Information du public et éducation pour la santé), le Conseil estime qu'il faut resserrer les liens de collaboration avec les médias afin de rendre les professionnels concernés plus conscients de leurs responsabilités sociales et d'améliorer la qualité des informations de promotion de la santé destinées au grand public. Les efforts de l'OMS en matière d'information et d'éducation doivent mettre l'accent sur les corrélations entre des thèmes comme la santé, la paix, la justice sociale, l'engagement communautaire et le mode de vie. Le Conseil demande qu'à l'avenir les Etats Membres soient informés au moins douze mois à l'avance du thème choisi pour la Journée mondiale de la Santé afin de pouvoir se préparer à temps au niveau national. Il serait particulièrement souhaitable d'assurer la traduction de la revue Santé du Monde dans les langues locales. Le Directeur général a appelé l'attention du Conseil sur le fait que, si les Etats Membres le désirent, cette traduction pourrait être financée par les crédits alloués aux pays pour la planification.

#### Science et technologie de la santé - Lutte contre la maladie

37. A la suite de son examen de la recherche sur les systèmes de santé, le Conseil souligne qu'il est toujours nécessaire de renforcer les capacités nationales de recherche au titre du programme 7 (Promotion et développement de la recherche). Le Directeur régional pour l'Europe attire l'attention sur la proposition du Comité consultatif européen de la Recherche médicale tendant à modifier son titre, ainsi que celui de comités analogues au sein de l'Organisation, de manière à recouvrir la santé au sens large et plus seulement les aspects médicaux de la recherche. L'une des possibilités notées par le Conseil consiste à changer le titre de ces comités en "Comité consultatif de la Recherche médicale et sanitaire". Le Directeur général examine cette proposition.

38. Le Conseil estime que la malnutrition sous ses diverses formes, y compris la pénurie de nourriture, pourrait bien être plus répandue et plus pernicieuse qu'il n'est généralement admis. La dégradation des pratiques nutritionnelles, résultant par exemple de l'expansion de certaines formes de restauration rapide dans les pays développés, qui s'étendent aussi maintenant à certains pays en développement, aggrave ce problème. Au sujet du programme 8.1 (Nutrition), le Conseil reconnaît que les progrès dans ce domaine dépendent, dans une large mesure, de l'élaboration de politiques nutritionnelles nationales instaurant une coordination intersectorielle complexe. Le Conseil approuve le rôle sensibilisateur de l'OMS dans ce domaine, aux niveaux tant national qu'international.
39. Le Conseil est conscient du fait que le déséquilibre entre les services de restauration et de prévention évoqué au sujet du programme 8.2 (Santé bucco-dentaire) résulte en partie de l'isolement de la profession dentaire et de ses attitudes professionnelles. Il est donc urgent d'intégrer les personnels de santé bucco-dentaire dans l'équipe de soins de santé primaires. A cette fin, il faudrait dispenser aux étudiants en chirurgie dentaire une formation appropriée qui assure un juste équilibre entre les aspects préventifs et curatifs de la santé bucco-dentaire. "L'unité dentaire de base" actuellement à l'étude permettrait de disposer de la technologie appropriée au niveau primaire. S'il convient de se montrer vigilant à l'égard du problème de la fluorose dans les régions où la concentration naturelle du fluor dans l'eau est élevée, le Conseil constate qu'aucune découverte scientifique récente ne justifie la modification de la politique menée de longue date par l'Organisation en matière de fluoration des réserves d'eau pauvres en fluorures naturels.
40. Le Conseil note que le programme 8.3 (Prévention des accidents) a été élargi de manière à couvrir tous les accidents courants, notamment les accidents domestiques, et reconnaît que la priorité doit être accordée à la prévention des accidents chez les enfants de moins de cinq ans. Il note, en outre, que le taux d'augmentation des accidents de la circulation dans certains pays en développement atteint ou même dépasse celui qui est enregistré dans les pays industrialisés, les individus jeunes étant les plus exposés, et souligne à nouveau la nécessité d'une coordination et d'une action intersectorielles.
41. Le Conseil note avec satisfaction les efforts entrepris dans le cadre du programme 9.1 (Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise) pour dispenser des services intégrés de santé maternelle, de soins pédiatriques et de planification familiale, englobant la lutte contre les maladies diarrhéiques, la nutrition, la vaccination, la lutte contre les affections respiratoires aiguës et contre les maladies sexuellement transmissibles en association avec une éducation sanitaire appropriée. Le fonctionnement suivi de ces services intégrés représentera un progrès notable dans le développement des soins de santé primaires.
42. Le Conseil note au sujet du programme 9.2 (Recherche en reproduction humaine) que l'Organisation est en train de renforcer son rôle de coordinatrice, au niveau mondial, de la recherche en reproduction humaine.
43. Examinant le programme 9.3 (Santé des travailleurs), le Conseil constate que l'intérêt croissant des pays pour les problèmes de médecine du travail s'est traduit par une augmentation des crédits alloués à cet effet, au niveau des pays, dans la plupart des Régions. On a souligné que l'introduction de nouvelles substances chimiques toxiques dans l'industrie entraînait une incidence accrue des cancers professionnels, surtout dans les pays en voie d'industrialisation rapide. Le Conseil insiste sur l'importance d'une action intersectorielle pour intégrer les soins de santé des travailleurs dans le système général de soins de santé, en accordant une attention particulière aux travailleurs sous-desservis, comme ceux de la petite industrie et de l'agriculture. Le Conseil juge importante la collaboration de l'OMS et de l'OIT visant à aider les Etats Membres à élaborer une législation appropriée.
44. Etant donné le problème croissant des soins gériatriques et de la qualité de vie du troisième âge, sujet de préoccupations grandissantes, le Conseil se félicite de l'augmentation des crédits affectés au programme 9.4 (Santé des personnes âgées). Dans tous les pays, on doit se préoccuper du droit de ces personnes à rester actives et à demeurer chez elles.



45. Le Conseil apprécie la somme d'informations utiles recueillies dans le cadre du programme 10 (Protection et promotion de la santé mentale). Il est toutefois urgent de prendre des mesures pour que ces informations parviennent aux professionnels et aux agents de santé les plus directement concernés dans les pays. Le Conseil déplore le maintien d'établissements distincts pour les soins aux personnes souffrant de troubles mentaux. Il estime que des mesures doivent être prises, y compris une meilleure information des agents de santé au sujet de ces troubles, pour accélérer l'intégration de la santé mentale dans des systèmes de santé nationaux fondés sur les soins de santé primaires. Au cours de son examen du programme, le Conseil a étudié les rapports de situation présentés conformément à la résolution WHA36.12 sur la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool, et à la résolution WHA37.23 sur l'abus des stupéfiants et des substances psychotropes. Le Conseil est satisfait des progrès constants de ces programmes.

46. A sa neuvième réunion (octobre 1984), le Comité du Programme a procédé à l'examen et l'évaluation du programme concernant "l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement de base eu égard à l'objectif de la santé pour tous et aux soins de santé primaires". Approuvant la politique de l'OMS pour le programme 11.1 (Approvisionnement public en eau et assainissement), le Comité a souligné que l'OMS devrait jouer un rôle promotionnel plus décisif au niveau des pays et assurer une plus large diffusion de l'information parmi ceux-ci, en se référant tout particulièrement aux expériences qui ont été couronnées de succès. Le Conseil approuve les conclusions du Comité selon lesquelles, malgré l'augmentation notable du nombre des personnes desservies, il faudrait accélérer de façon spectaculaire les activités du programme pour assurer un approvisionnement en eau saine, avec les avantages sanitaires qui en découlent, dont le développement soit plus rapide que l'accroissement de la population. Le Conseil juge encourageants les efforts déployés pour améliorer la coordination internationale et bilatérale.

47. Le Conseil appuie le programme 11.2 (Hygiène de l'environnement dans l'aménagement rural et urbain et l'habitat), relativement nouveau, en soulignant une fois encore l'importance d'une action et d'une coordination intersectorielles au niveau tant national qu'international.

48. Le Conseil est favorable aux grandes lignes de force du programme 11.3 (Lutte contre les risques pour la santé liés à l'environnement) et notamment au renforcement des capacités nationales en matière de surveillance des risques potentiels pour la santé liés à l'environnement et de gestion des programmes de lutte. Il reconnaît que la sécurité chimique comporte deux aspects étroitement apparentés mais néanmoins distincts : étudier les risques puis, après les avoir identifiés et évalués, prendre des mesures pour les prévenir ou les maîtriser. Il n'existe pas de ligne de démarcation bien nette, mais on peut définir comme suit les principales fonctions du Programme international sur la sécurité des substances chimiques (IPCS) : apprécier les risques chimiques y compris ceux qui découlent des biotechnologies, fournir des données dûment évaluées, aider les Etats Membres à former leurs personnels et à choisir les techniques applicables aux nouvelles substances et enfin, les assister, par le canal des bureaux régionaux, dans les situations d'urgence créées par des intoxications, de manière qu'ils puissent prendre les mesures de lutte qui s'imposent en fonction des conditions épidémiologiques et toxicologiques. En ce qui concerne la sécurité chimique, le programme général de lutte contre les risques liés à l'environnement a pour fonction principale de fournir aux Etats Membres, avec la collaboration de l'IPCS, le savoir-faire dont ils ont besoin pour prendre les mesures nécessaires, et de les y aider sur leur demande, tout en renforçant, s'il y a lieu, les moyens dont ils disposent à cet effet. Le Conseil rappelle qu'une révision du Programme international sur la sécurité des substances chimiques destinée à en préciser les orientations est en cours au niveau régional et qu'un rapport à ce sujet sera soumis au Conseil exécutif à sa soixante-dix-septième session en janvier 1986. En attendant, le Conseil se félicite des mesures prises pour renforcer la composante épidémiologique de ce programme. Il note avec satisfaction qu'une collaboration efficace se poursuit avec le PNUE et l'OIT, et que conformément à la résolution EB75.R10 la participation de la FAO à l'IPCS fait actuellement l'objet de négociations.

49. Le Conseil a demandé s'il était possible de mettre à jour le rapport de 1970 intitulé : "Santé publique et armes chimiques et biologiques". Bien qu'une grande partie des données qu'exigerait ce travail soient strictement confidentielles, le Directeur général étudiera la possibilité d'effectuer une telle mise à jour et en rendra compte au Conseil exécutif.

50. Examinant le programme 11.4 (Sécurité des produits alimentaires), le Conseil voit dans le rapport du Comité mixte d'experts FAO/OMS sur "La sécurité des produits alimentaires et son rôle dans la santé et le développement" (OMS/SRT N° 705) une publication utile pour les Etats Membres. Il convient de se préoccuper de la contamination des produits alimentaires lors de la transformation et du conditionnement. Dans beaucoup de pays, la mauvaise exécution des mesures réglementaires demeure l'un des principaux obstacles au contrôle de la sécurité des produits alimentaires. En raison des préoccupations croissantes que suscite la présence de résidus de médicaments vétérinaires dans les aliments du fait des pratiques d'élevage, le Conseil est heureux que la Commission du Codex Alimentarius ait mis cette question à l'étude.

51. Le Conseil appelle l'attention sur les très appréciables progrès accomplis à l'égard du programme 12.1 (Technologie clinique, radiologique et de laboratoire pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires) et approuve l'accent qui a été mis sur la détermination des utilisations les plus appropriées de la technologie de la santé à chaque niveau du système de soins de santé. Etant donné l'isolement relatif des services de laboratoire dans certains pays, il convient de privilégier l'élaboration de politiques nationales pour assurer la coordination de ces services au sein des services généraux de santé. Le Conseil relève avec intérêt la mise en place par l'OMS d'un système modèle de services de laboratoire de santé fondé sur un réseau de petits laboratoires périphériques utilisant une technologie peu coûteuse et fiable pour appuyer les soins de santé primaires. Il est d'avis que le succès dans ce domaine suppose que l'on améliore la gestion en prêtant une attention particulière à l'entretien et à la réparation du matériel. Il convient d'insister sur la nécessité de pouvoir obtenir des réactifs de diagnostic à un prix abordable. Le Conseil note que l'on pourrait améliorer la couverture de la population par les services d'imagerie diagnostique en adoptant plus largement un matériel radiologique de base dans les pays en développement comme dans les pays développés. Le Conseil se félicite des efforts que fait l'OMS pour renforcer la collaboration inter pays en matière d'évaluation des technologies, en vue notamment de rationaliser l'utilisation des techniques de diagnostic.

52. Le Conseil reconnaît que la fourniture de médicaments essentiels constitue un élément capital des soins de santé primaires et se félicite des progrès importants accomplis dans le cadre de deux programmes complémentaires : 12.2 (Médicaments et vaccins essentiels) et 12.3 (Qualité, sécurité et efficacité des médicaments et des vaccins). Le programme 12.2 vise à assurer l'approvisionnement régulier en médicaments efficaces et à la portée de tous, conformément aux politiques pharmaceutiques nationales. Le programme 12.3 a des fonctions essentiellement normatives et fournit des informations sur les mesures de réglementation prises dans les pays. S'il peut exister un risque de concurrence entre spécialités et médicaments essentiels, l'OMS n'a pas recommandé d'adopter une législation pour réduire le nombre des spécialités pharmaceutiques sur le marché. Toute décision concernant l'utilisation de spécialités ou de produits génériques incombe exclusivement aux pays.

53. Un certain nombre de pays cherchent à déterminer comment les communautés pourraient disposer en permanence des médicaments essentiels, par exemple en créant des "coopératives pharmaceutiques de village". Le Conseil n'ignore pas les difficultés rencontrées communément par les administrations sanitaires des pays en développement pour obtenir des crédits à des conditions raisonnables ainsi que des devises étrangères pour l'achat de médicaments et de vaccins essentiels. Différentes modalités de financement ont été étudiées et le Conseil a examiné une proposition du FISE et de l'OMS tendant à créer un fonds de roulement qui offrirait des facilités de crédit aux pays en développement pour l'achat de médicaments essentiels par l'intermédiaire du FISE. Le Conseil approuve la proposition et invite les Etats Membres à apporter une contribution au fonds. Notant la diminution des crédits inscrits au programme 12.2, et la nécessité d'une action soutenue dans le domaine des médicaments essentiels, le Conseil recommande que des fonds complémentaires soient alloués à ce programme.

54. Le Conseil reconnaît qu'il est important pour les pays de développer leurs moyens de contrôler la qualité des produits pharmaceutiques et note avec satisfaction que, menée avec la collaboration active et l'aide de l'industrie, la formation de personnels appropriés dans ce domaine est en progression constante. Les contacts croissants entre organismes nationaux de réglementation des pays développés et des pays en développement sont encourageants.

55. Le Conseil approuve la méthode exposée pour le programme 12.4 (Médecine traditionnelle). Pour le programme 12.5 (Réadaptation), il approuve également l'accent mis sur la réadaptation dans la communauté en faisant appel à l'action coordonnée de la famille, de bénévoles et des ONG.

#### Science et technologie de la santé - lutte contre la maladie

56. Reconnaisant l'importance de la vaccination, le Conseil se félicite des efforts entrepris par l'OMS dans ce domaine au titre du programme 13.1 (Vaccination). Le Conseil souligne que pour parvenir à exécuter de façon suivie des programmes intégrés de vaccination à couverture élargie, il faut mettre en place dans les pays une infrastructure sanitaire convenable. Les principaux obstacles à des progrès rapides dans ce domaine tiennent à une réticence, aux niveaux international, national et communautaire, à mobiliser les ressources, ainsi qu'à des compétences gestionnaires nationales insuffisantes pour les exploiter.

57. Le Conseil reconnaît la nécessité de méthodes de lutte antivectorielle intégrées d'un bon rapport coût/efficacité, acceptables au point de vue social et aptes à susciter la participation de la communauté par l'intermédiaire des soins de santé primaires; il souligne que pour être appliquées avec succès, ces méthodes exigeront une éducation sanitaire adéquate, s'appuyant sur des moyens pédagogiques appropriés. Le Conseil note que la recherche sur les méthodes biologiques et autres alternatives à la lutte chimique est mise en relief dans le programme 13.2 (Lutte contre les vecteurs de maladie); il reconnaît néanmoins que les pesticides chimiques constitueront encore, dans l'avenir prévisible, l'ossature de la lutte antivectorielle dans les pays en développement.

58. Le Conseil appelle l'attention de l'Assemblée de la Santé sur le caractère précaire de la situation épidémiologique mondiale en ce qui concerne le paludisme. La résistance de P. falciparum aux antipaludéens et des vecteurs aux pesticides continue à se propager, et une vigilance est requise tant au plan national qu'au plan international pour prévenir la réactivation de la maladie dans certaines zones et sa réintroduction dans d'autres. Le Conseil note que s'il est vrai qu'un vaccin potentiel pourrait être essayé sur l'homme dans un avenir prévisible, il n'est guère probable qu'il puisse être largement utilisé avant plusieurs années. Le Conseil craint que la recherche sur le paludisme au titre du programme 13.5 (Recherche sur les maladies tropicales) ne souffre d'un financement insuffisant. En l'absence d'une nouvelle technologie, le Conseil approuve la démarche suivie dans le programme 13.3 (Paludisme), qui vise à faire reculer la maladie en tant que problème sanitaire communautaire à l'aide des méthodes actuelles de lutte et en tirant le meilleur parti de systèmes sanitaires évolutifs, fondés sur les soins de santé primaires.

59. En examinant le programme 13.4 (Maladies parasitaires), le Conseil souligne que le succès de la lutte contre les grandes infections parasitaires dépend autant d'une amélioration générale des principales composantes des soins de santé primaires, comme l'éducation sanitaire, l'assainissement, l'approvisionnement en eau saine et un bon système de prestation de soins, que de technologies appropriées axées sur des maladies spécifiques. Le Conseil note la reprise des efforts de lutte contre la trypanosomiase africaine dans certains pays, rendue possible grâce à l'existence de nouvelles armes. Il note avec soulagement que plusieurs nouveaux larvicides potentiels se révèlent prometteurs pour la lutte contre Simulium, vecteur de l'onchocercose, ce qui garantit pour plusieurs années la poursuite efficace des opérations de lutte en Afrique occidentale; il note aussi que trois nouveaux agents chimiothérapeutiques sont à l'étude.

60. Le Conseil s'inquiète de voir que les ressources extrabudgétaires afférentes au programme 13.5 (Recherche sur les maladies tropicales) ne sont pas proportionnées à ses besoins, ce qui pourrait avoir des répercussions sur certaines activités de recherche prioritaires, telles que la mise au point d'un vaccin antipaludéen (voir paragraphe 58 ci-dessus). Le Directeur général a attiré l'attention du Conseil sur le fait qu'au cas où les ressources extrabudgétaires seraient inférieures aux prévisions, créant des retards dans la mise au point de technologies capitales, il pourrait être contraint de prélever des fonds sur le budget ordinaire, éventuellement au niveau des pays.

61. Le Conseil met en exergue l'importance des activités relevant du programme 13.6 (Maladies diarrhéiques) dans la réduction des taux élevés de mortalité et de morbidité enregistrés chez les nourrissons et les enfants en bas âge de nombreux pays en développement. Il constate que la production de sels de réhydratation orale (SRO) a fortement augmenté, grâce au concours du FISE, au cours des deux dernières années. Il faudra cependant redoubler d'efforts au niveau national pour que les sachets de SRO soient largement diffusés dans la communauté et les foyers par le canal de systèmes évolutifs de soins de santé primaires. Etant donné la faible efficacité du vaccin anticholérique actuel, le Conseil souligne l'état d'avancement des recherches sur un nouveau vaccin anticholérique buccal qui pourrait bientôt atteindre le stade de l'expérimentation pratique.

62. Le Conseil relève que des stratégies différentes, reposant sur la prise en charge des cas et l'éducation pour la santé, sont en cours d'élaboration au titre du programme 13.7 (Infections aiguës des voies respiratoires) en vue d'une intervention au niveau communautaire; en outre, des techniques de laboratoire pour le diagnostic microbiologique rapide de ces infections chez l'enfant sont en cours d'évaluation. Dans de nombreux pays en développement, on procède au renforcement de ce programme et on l'intègre à d'autres programmes de soins de santé primaires visant à réduire la morbidité et la mortalité.

63. Le Conseil observe qu'une baisse rapide de l'incidence de la tuberculose est improbable dans les pays en développement. Les mesures existantes de lutte antituberculeuse, bien qu'extrêmement efficaces, ne sont pas faciles à mettre en oeuvre; sans une amélioration de la situation socio-économique, il est difficile de réaliser des progrès dans ce domaine. Le Conseil approuve le surcroît d'effort en faveur de la recherche en immunologie dans le cadre du programme 13.8 (Tuberculose).

64. Au sujet du programme 13.9 (Lèpre), le Conseil est conscient du fait que l'intégration de la lutte antilépreuse au système de santé fondé sur les soins de santé primaires ne se fait qu'avec lenteur. L'un des principaux obstacles reste la réticence des agents des services de santé généraux à accepter des responsabilités en matière de lutte antilépreuse et celle des agents de la lutte antilépreuse à renoncer à un rôle unique; la nécessaire évolution des attitudes s'opérera progressivement grâce à la formation. Un autre problème important tient à la résistance très répandue à la dapsoné qui impose une polychimiothérapie à la fois plus coûteuse et plus complexe techniquement. On cherche à obtenir des ressources extérieures pour les programmes nationaux de lutte antilépreuse et des travaux prometteurs en vue de mettre au point un vaccin contre la lèpre se poursuivent dans le cadre du programme de recherche TDR/IMMLEP.

65. Au sujet du programme 13.10 (Zoonoses), le Conseil note que l'on se propose de créer deux centres sous-régionaux de lutte contre les zoonoses sur le continent africain. Il appuie cette proposition mais appelle l'attention sur les difficultés inhérentes à la mise en place de tels centres.

66. Le Conseil constate qu'au titre du programme 13.11 (Maladies à transmission sexuelle), tout en envisageant l'ensemble de ces affections (herpès génital, syphilis, gonococcies, infections à chlamydia) des mesures ont été prises pour surveiller plus particulièrement le problème du syndrome d'immunodéficite acquis (SIDA) et que l'on encourage les recherches collectives visant à mettre au point des vaccins et des méthodes de prévention primaire. Il est heureux d'apprendre que l'on disposera probablement bientôt d'une nouvelle technique de diagnostic permettant d'identifier les porteurs parmi les donneurs de sang potentiels. Etant donné la résurgence des tréponématoses endémiques, le Conseil recommande d'accorder plus d'attention aux moyens de la combattre dans le cadre des réseaux de soins de santé primaires.

67. Le Conseil note, à propos du programme 13.12 (Surveillance de l'éradication de la variole), que des cas d'orthopoxvirose simienne continuent d'être signalés et qu'il est donc nécessaire de poursuivre les activités de surveillance ainsi que les recherches sur les orthopoxviroses. Il faut cependant souligner que rien ne permet d'affirmer qu'il y ait eu le moindre cas de variole depuis la proclamation de l'éradication de cette maladie dans le monde entier. Néanmoins, on continuera à détenir une réserve de vaccin provenant de dons, suffisante pour vacciner 300 millions de personnes.

68. A l'occasion de l'examen du programme 13.13 (Autres maladies transmissibles), dont il approuve les activités, le Conseil appelle l'attention de l'Assemblée de la Santé sur un projet novateur, le "projet de soutien à la recherche et au développement en matière de santé pour tous", entrepris conjointement par une université et par le ministère de la santé publique, avec l'appui technique et financier de l'OMS. Ce projet de recherche et développement doit permettre d'évaluer la faisabilité sociale, culturelle, comportementale, gestionnaire, financière et technique d'une intégration de la lutte contre les maladies transmissibles et des soins médicaux pour les maladies et les lésions courantes dans le cadre d'un système de soins de santé primaires à assise communautaire.

69. Le Conseil approuve vigoureusement le nouveau programme OMS de développement des vaccins, appuyé par un groupe consultatif scientifique et cinq comités d'orientation : pour l'hépatite A, les virus responsables d'affections respiratoires aiguës, la tuberculose, la dengue hémorragique et les bactéries encapsulées. Il note que l'on s'efforce également de mettre au point des vaccins présentant un meilleur rapport coût/efficacité pour l'hépatite B et la poliomyélite. On parvient à stimuler la recherche par des apports financiers modestes, grâce aux derniers progrès des biotechnologies.

70. Le Conseil soutient les activités du programme 13.14 (Cécité), visant à réduire l'incidence des formes évitables de cécité grâce à des interventions prophylactiques et curatives simples, à la portée des systèmes de santé fondés sur les soins primaires. Le trachome peut être maîtrisé moyennant une meilleure hygiène et une antibiothérapie convenable; de même, une bonne alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge, complétée par un apport de vitamine A, permet de faire échec à la xérophtalmie. Par suite de l'augmentation de l'espérance de vie, la cataracte est en passe de devenir dans toutes les parties du monde l'une des causes principales de cécité. Le Conseil note qu'il n'existe pas encore de mesures préventives appropriées, mais qu'en revanche il est possible de rétablir la vue par une intervention chirurgicale simple et peu onéreuse. Approuvant la teneur du programme 13,4, le Conseil prend acte avec satisfaction du soutien apporté par l'OMS à la formation aux soins ophtalmologiques de diverses catégories de personnels des services de santé primaires. Cette formation porte notamment sur les troubles visuels d'origines diverses et sur l'orientation des cas qui l'exigent vers des soins plus spécialisés.

71. Le Conseil note que la première priorité du programme 13.15 (Cancer) sera d'encourager les pays à élaborer une politique nationale mettant l'accent comme il se doit sur la prévention primaire du cancer chaque fois que possible, le dépistage précoce et l'orientation des malades sur des services thérapeutiques, s'il y a lieu, et enfin le soulagement de la douleur. En effet, beaucoup d'éléments portent à croire que le dépistage et le traitement précoces du cancer du col de l'utérus, par exemple, peuvent pratiquement éliminer le risque de décès. L'importance d'un mode de vie sain, notamment d'une alimentation rationnelle par rapport à certains types de cancers, est soulignée. Le Conseil note qu'un complément de financement extérieur est demandé pour les activités liées au soulagement de la douleur cancéreuse, notamment pour éviter que la législation réglementant les analgésiques ne fasse obstacle à l'administration de produits efficaces aux cancéreux. Comme autres activités, on envisage l'information et l'éducation pour la prise en charge de la douleur et l'amélioration de la qualité de la vie dans la période terminale. Il semblerait que près d'un tiers des décès dus au cancer soient liés au tabac, le Conseil approuve les relations de travail étroites entre ce programme et le programme antitabac décrit au paragraphe 77.

72. Le Conseil exécutif félicite le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) de ses travaux qui sont axés sur la recherche de l'étiologie du cancer humain et la diffusion d'informations sur cette affection. Le Conseil note que le Centre s'occupe entre autres choses d'étudier les effets secondaires et les effets à long terme des rayonnements et des médicaments utilisés dans le traitement du cancer, ainsi que l'évaluation objective des effets du tabagisme "passif", c'est-à-dire du tabagisme forcé. Le Conseil fait observer que pour obtenir des données de référence valables en vue d'une évaluation de l'incidence et de la prévalence nationales du cancer, il n'est pas toujours indispensable de constituer des registres exhaustifs couvrant tout le pays; il peut suffire de recueillir des données exactes dans des lieux représentatifs bien déterminés. A ce sujet les Etats Membres souhaiteront peut-être se reporter à la monographie du CIRC sur les registres du cancer et leurs méthodes d'établissement.

73. A propos du programme 13.6 (Maladies cardio-vasculaires), le Conseil rappelle qu'en raison de l'importance de ce programme et pour donner suite à la recommandation du Conseil exécutif et de la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, à l'occasion de l'examen du projet de budget programme pour l'exercice 1984-1985, le Directeur général a prélevé sur les fonds de son Programme pour le développement une allocation supplémentaire de US \$500 000, pour la période biennale destinée au programme intensifié sur les maladies cardio-vasculaires. Il s'agissait d'une injection de fonds éminemment ponctuelle et le Directeur général entend utiliser judicieusement les ressources puisées dans son Programme pour le développement de même que les ressources extrabudgétaires afin d'assurer la continuité du programme intensifié.

74. Le Conseil est très favorable au maintien du budget principal du projet MONICA<sup>1</sup> qui vise à surveiller les tendances de la morbidité et de la mortalité par cardiopathies coronariennes et maladies cérébrovasculaires et à établir leurs relations avec les facteurs de risque connus et autres facteurs déterminants. Le Conseil est soulagé d'apprendre que l'OMS a l'intention de maintenir son appui, en particulier au Centre de Helsinki, et qu'en même temps elle prendra des contacts à l'extérieur et avec les pays participants pour obtenir des contributions plus élevées.

75. Pour ce qui est du programme 13.17 (Autres maladies non transmissibles), le Conseil fait part de l'intérêt particulier qu'il porte au développement d'une approche intégrée de la lutte contre les maladies non transmissibles. Née sous la forme d'une activité conjointe du Bureau régional pour l'Europe et du Siège, cette expérience a pour idée de base d'agir sur un certain nombre de facteurs liés au style de vie, communs à un groupe de maladies non transmissibles, compte tenu des facteurs de risque présents chez certains groupes de population. Huit pays participent activement à ce programme et prennent en charge la plupart des frais, les ressources limitées du budget ordinaire de l'OMS servant de catalyseur. Il est prématuré de préconiser une large application de l'approche intégrée mais le Conseil suivra avec intérêt cet exemple de recherche opérationnelle.

76. Le programme 13.17 est également consacré à la lutte contre le diabète sucré, les affections respiratoires, rhumatismales, rénales et hépatiques chroniques et les maladies héréditaires. Le Conseil, reconnaissant que le problème du diabète devient partout de plus en plus aigu, confirme que pour cette maladie, le programme continue de collaborer étroitement et de partager les coûts avec la Fédération internationale du Diabète au niveau mondial et dans les régions.

77. Le Conseil estime que la composante Tabac et santé doit occuper un rang de priorité élevé dans l'Organisation et pratiquement dans tous les Etats Membres. Ce problème intéresse toute une série de programmes, notamment les suivants : Cancer, Maladies cardio-vasculaires, Santé bucco-dentaire, Affections respiratoires chroniques, Autres maladies non transmissibles, Santé maternelle et infantile, Nutrition, Santé des travailleurs, Santé mentale et Information et éducation pour la santé. Beaucoup d'organisations nationales et internationales sont concernées. L'OMS assure diverses activités d'information et d'éducation pour la santé, par exemple la publication du bulletin "Alerte au tabac". Il existe un certain nombre de problèmes contradictoires complexes qu'il faut aborder comme l'exportation de cigarettes à forte teneur en goudron vers les pays en développement et la création d'incitations pour favoriser les cultures de remplacement. Il faut espérer que les associations psychologiques insidieuses que l'industrie du tabac cherche à établir entre la cigarette et le sport cèderont devant la campagne que l'OMS va mener sur le thème des "Champions de la santé". Pour donner l'exemple, le Conseil estime que l'on pourrait peut-être encore faire davantage d'efforts pour dissuader les gens de fumer dans les locaux de l'OMS. Le Conseil propose d'inscrire les problèmes complexes que soulève l'action du tabac sur la santé à l'ordre du jour d'une session future du Comité du Programme du Conseil exécutif.

---

<sup>1</sup> Surveillance plurinationale des tendances et des déterminants des maladies cardio-vasculaires.

### Appui aux programmes

78. A propos du programme 14 (Appui au plan de l'information sanitaire), le Conseil déclare partager la profonde préoccupation du Directeur général car il se demande lui aussi si les documents et publications de l'OMS ont une diffusion suffisante et, ce qui est plus important encore, s'ils sont utilisés dans les Etats Membres. Les responsables du programme s'emploient actuellement à mieux faire connaître la documentation de l'OMS, à mettre à jour les listes de distribution pour des publics précis et à évaluer, dans la mesure du possible, la façon dont cette documentation est accueillie dans les pays. Les efforts déployés par les pouvoirs publics, notamment au niveau central, pour communiquer en temps et lieu la documentation OMS pertinente à ceux qu'elle peut intéresser, comptent également beaucoup. Dans les Régions, des efforts sont déployés dans le même sens, comme en témoignent le réseau régional de bibliothèques aux Amériques, le programme régional de langue arabe en Méditerranée orientale et les activités de formation en toutes régions. Le Conseil demande instamment que ces questions soient revues d'un oeil critique par le groupe d'experts sur l'information sanitaire et biomédicale dont la création est envisagée et qui comprendrait des experts en information sanitaire extérieurs à l'Organisation représentant toutes les Régions.

79. En ce qui concerne le programme 15.1 (Personnel), le Conseil réaffirme sa conviction qu'il faut nommer davantage de femmes à des postes de responsabilité à l'OMS et traiter de façon équilibrée la question des femmes, de la santé et du développement dans toutes les publications de l'OMS. Ces deux thèmes font l'objet d'un point distinct de l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé. Le Conseil estime qu'il faut s'efforcer de faire évoluer les attitudes au sein de l'Organisation.

80. Au titre du programme 15.3 (Budget et finances), le Conseil note que la liste ordonnée des programmes pour la période couverte par le septième programme général de travail est plus uniformément utilisée dans le budget programme pour l'exercice 1986-1987.

#### b) Ajustements opérés dans l'affectation des ressources

81. Ainsi qu'il est indiqué dans l'exposé du programme 2.2 (Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement), le Directeur général garde un certain montant en réserve en vue de réajuster les affectations de crédits aux activités mondiales et interrégionales en 1986-1987, si l'examen du projet de budget programme par le Conseil exécutif et par la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en fait ressortir la nécessité. Le Conseil se félicite de voir que ce mécanisme souple de réajustement financier a été maintenu pour l'exercice 1986-1987, mais souligne la nécessité d'une grande sélectivité lors de l'utilisation éventuelle des fonds en réserve.

82. Ayant examiné le projet de budget programme pour l'exercice 1986-1987, le Conseil décide de recommander à l'Assemblée de la Santé un financement supplémentaire, prélevé sur le Programme du Directeur général pour le développement, en faveur des deux programmes suivants :

- i) programme 7 (Promotion et développement de la recherche), y compris la recherche sur les systèmes de santé (3.3);
- ii) programme 13.17 (Autres maladies non transmissibles) pour les activités intégrées de lutte et de surveillance.

83. Le Conseil recommande également d'assurer un financement complémentaire, pris sur les ressources extrabudgétaires, aux deux programmes suivants :

- i) programme 2.4 (Coordination extérieure pour le développement sanitaire et social), pour les opérations de secours d'urgence;
- ii) programme 12.2 (Médicaments et vaccins essentiels), pour le programme d'action concernant les médicaments et vaccins essentiels;

84. Le Conseil exécutif ne propose pas de montants déterminés pour le financement complémentaire des programmes précités, car il estime que cette décision devrait être laissée au Directeur général qui la prendra, compte tenu des besoins des programmes concernés et des sollicitations dont ils seraient l'objet en 1986-1987.

III. QUESTIONS DE POLITIQUE BUDGETAIRE ET FINANCIEREa) Politique budgétaire

85. De l'avis du Conseil exécutif, le montant de US \$554 000 000 proposé par le Directeur général pour le budget effectif de 1986-1987 continue d'établir un juste équilibre entre la nécessité, d'une part, d'aller de l'avant pour instaurer la santé pour tous et, d'autre part, de faire preuve de réalisme face à la situation économique mondiale. Le budget programme proposé pour 1986-1987 est l'expression d'une politique d'absence de croissance réelle sur le plan budgétaire. Il n'en assure pas moins une progression réelle de 4,2 % au niveau des pays, rendue possible en opérant des réductions réelles correspondantes aux niveaux régional, interpays et mondial ainsi qu'interrégional.

86. La différence de US \$33 900 000 entre le budget de US \$520 100 000 approuvé pour l'exercice 1984-1985 et le montant de US \$554 000 000 proposé pour le budget effectif de 1986-1987 correspond à une progression de 6,52 %. Celle-ci est due aux augmentations des dépenses réglementaires et aux augmentations de coût consécutives à l'inflation (+ 12,66 %), en partie compensées par des diminutions imputables à la révision des taux de change budgétaire (- 6,14 %).

87. La progression de US \$33 900 000 prévue dans le projet de budget programme pour 1986-1987 va pour un montant de US \$30 115 500, soit 88,84 %, aux programmes menés dans les pays. La part totale du budget affectée aux régions représente près de 70 % du budget de 1986-1987. Le Conseil note que, si les activités mondiales et interrégionales représentaient 44 % du budget ordinaire en 1976, elles ne représentent plus que 32 % dans le budget programme proposé pour 1986-1987.

88. La répartition proposée des ressources entre les cinq sections de la résolution portant ouverture de crédits est la suivante : infrastructure des systèmes de santé 32,62 %; promotion de la santé 18,51 %; lutte contre la maladie 15,41 %; direction, coordination et gestion 11,63 %; et appui aux programmes 21,83 %.

89. L'appui aux programmes comprend à la fois des services de soutien administratif et les activités d'appui de l'information sanitaire, notamment les publications, la documentation médicale et sanitaire et les services de traduction. Les services d'appui administratif, qui englobent les rubriques Personnel, Administration et services généraux, Budget et finances et Matériel et fournitures destinés aux Etats Membres, ne représentent que 15,67 % du budget effectif. Ce pourcentage, en baisse de 1 % par rapport au chiffre de la période biennale actuelle, montre que l'on continue de réaliser des économies et témoigne d'une volonté délibérée de modération des dépenses d'appui aux programmes. En fait, comparé aux activités financées par le budget ordinaire et par des crédits extrabudgétaires, le coût des services d'appui administratif ne représente que 11 % des prévisions de l'exercice 1986-1987, toutes sources de financement confondues.

90. La fluctuation des taux de change n'est pas la moindre des incertitudes de la planification actuelle des programmes de santé qui s'exécuteront en 1986-1987. Le taux de change budgétaire plus élevé, à savoir 2,50 francs suisses pour un dollar des Etats-Unis, utilisé pour l'exercice 1986-1987, contre 2,16 en 1984-1985, et l'adoption de taux plus élevés pour quatre des principales monnaies utilisées par les bureaux régionaux, ont pour effet de ramener les augmentations de coût de 12,66 % à 6,52 % du budget effectif pour 1984-1985.

91. En examinant les taux de change budgétaires proposés pour les principales monnaies utilisées par les bureaux régionaux dans le projet de budget programme pour 1986-1987, le Conseil note avec satisfaction que le Directeur général procédera à un examen de cette question avant l'Assemblée de la Santé. Cet examen tiendra compte de l'évolution du cours des monnaies jusqu'à la fin d'avril 1985.

b) Recettes occasionnelles

92. Le Conseil approuve la proposition du Directeur général tendant à ouvrir un crédit de US \$56,5 millions au titre des recettes occasionnelles disponibles au 31 décembre 1984, pour



aider à financer le budget programme ordinaire afin de réduire l'accroissement des contributions des Etats Membres.

93. Le Conseil note que les chiffres définitifs de recettes occasionnelles disponibles au 31 décembre 1984 seront présentés dans le rapport financier intérimaire pour 1984, qui sera mis à la disposition du Comité du Conseil exécutif chargé d'examiner certaines questions financières ainsi qu'à l'Assemblée de la Santé.

94. Le Conseil exécutif approuve également la politique et la méthode proposées par le Directeur général pour circonscrire les effets des fluctuations des taux de change. Le Conseil recommande de reconduire en 1986-1987 les dispositions arrêtées précédemment en matière de recettes occasionnelles a) en autorisant le Directeur général à imputer sur les recettes occasionnelles le montant des dépenses additionnelles nettes, et b) en le priant de virer au compte pour les recettes occasionnelles (et, partant, à l'Assemblée de la Santé) les économies nettes résultant de différences entre le taux de change budgétaire (2,50 francs suisses pour 1 dollar des Etats-Unis) et les taux de change comptables appliqués par l'Organisation des Nations Unies et l'OMS en 1986-1987, jusqu'à un plafond de US \$20 000 000. En ce qui concerne les principales monnaies utilisées par les bureaux régionaux, le Conseil prend acte, en l'approuvant, de l'intention du Directeur général de continuer à appliquer des mesures fermes pour garantir que toutes économies nettes pouvant résulter d'une hausse des taux de change comptables moyens réels dépassant 10 % par rapport au taux de change budgétaire de ces monnaies pendant l'exercice 1986-1987 ne soient pas conservées par l'un quelconque des bureaux régionaux aux fins de son programme, mais soient déduites des allocations pendant la période d'exécution et restituées en tant qu'excédent budgétaire en vue d'alimenter le compte pour les recettes occasionnelles, revenant ainsi à l'Assemblée de la Santé qui pourra en disposer de nouveau.

95. Le Conseil prie le Directeur général de rendre compte des résultats de l'application de ces mesures dans son rapport financier pour 1986-1987, qui doit paraître au début de 1988.

c) Barème des contributions

96. Conformément aux principes énoncés par l'Assemblée mondiale de la Santé, le barème des contributions de l'OMS s'harmonise aussi étroitement que possible avec le dernier barème connu de l'Organisation des Nations Unies, qui a été modifié pour tenir compte de la différence de composition des deux organisations. Le barème de l'OMS est présenté dans le document PB/86-87 pp. 28-32. Le Conseil constate que, par suite de la différence de composition de l'OMS et de l'Organisation des Nations Unies, les contributions des Etats Membres de l'OMS sont soit au même taux qu'à l'Organisation des Nations Unies, soit à un taux inférieur; le taux des contributions à l'OMS n'est en aucun cas supérieur à celui de l'Organisation des Nations Unies.

97. Le Conseil note qu'il n'est prévu aucune augmentation du montant mis à la charge du PNUD au titre des dépenses d'appui aux programmes en 1986-1987, et que la progression des recettes occasionnelles dont on prévoit pouvoir disposer pour aider à financer le budget programme pour 1986-1987 ne sera supérieure que de US \$2 000 000 au crédit ouvert pour 1984-1985. En conséquence, la plus grande partie de la progression prévue dans le budget programme pour 1986-1987, par rapport au niveau du budget 1984-1985, devra être financée par un relèvement de US \$31 900 000, soit 6,92 %, des contributions des Etats Membres.

d) Niveau du budget et résolution portant ouverture de crédits

98. Après avoir examiné le projet de budget programme pour l'exercice 1986-1987, le Conseil exécutif approuve les propositions du Directeur général fixant le niveau du budget effectif à US \$554 000 000 et recommande à l'Assemblée de la Santé d'approuver le projet de résolution portant ouverture de crédits qui figure dans la résolution EB76.R6.

= = =