



CONSEIL EXECUTIF

Quatre-vingt-cinquième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA TROISIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Mardi 16 janvier 1990, 9 h 30

PRESIDENT : Dr S. TAPA

Sommaire

	<u>Pages</u>
Rapports des Directeurs régionaux sur tous faits notables sur le plan régional, y compris des questions intéressant les comités régionaux (suite)	
Asie du Sud-Est	2
Europe	4
Méditerranée orientale	6

Note

Le présent procès-verbal n'est que provisoire. Les comptes rendus des interventions n'ont pas encore été approuvés par les intervenants 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 6 mars 1990.

Le texte définitif paraîtra ultérieurement dans le document EB85/1990/REC/2 : Conseil exécutif, quatre-vingt-cinquième session : Procès-verbaux.

TROISIEME SEANCE

Mardi 16 janvier 1990, 9 h 30Président : Dr S. TAPA

RAPPORTS DES DIRECTEURS REGIONAUX SUR TOUS FAITS NOTABLES SUR LE PLAN REGIONAL, Y COMPRIS DES QUESTIONS INTERESSANT LES COMITES REGIONAUX : Point 10 de l'ordre du jour (documents EB85/8, EB85/9, EB85/10, EB85/11, EB85/12 et EB85/13) (suite)

Asie du Sud-Est

Le Dr KO KO (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est), introduisant le document EB85/11, commence sa présentation en faisant rapport de la quarante-deuxième session du Comité régional pour l'Asie du Sud-Est, tenue à Bandung, en Indonésie. Le Comité a passé en revue le rapport du Directeur régional pour la période 1988-1989 et a examiné plusieurs questions importantes.

Le Comité a analysé les contraintes économiques et budgétaires imposées à de nombreux pays de la Région, qui donnent au financement des soins de santé et à la mobilisation des ressources pour le développement sanitaire un caractère d'urgence. Cette question a été discutée dans le cadre de l'examen des résolutions de l'Assemblée de la Santé WHA42.3 et WHA42.4 et des résolutions du Conseil exécutif EB83.R20 et EB83.R21. La stagnation, voire la diminution du niveau des ressources dans le secteur de la santé dans les pays eux-mêmes et au niveau international est une source de préoccupation. Le besoin d'analyser les politiques et les programmes de santé en termes de coûts et de bénéfiques, d'efficacité et d'efficacités, a été souligné. Le Comité a adopté la résolution SEA/RC42/R3, invitant les Etats Membres, entre autres, à examiner de façon critique les schémas actuels d'allocation des ressources et à réorienter les priorités en matière de dépenses et les allocations chaque fois que cela sera indiqué.

Sur la question du développement des personnels de santé, le Comité a une fois de plus souligné la nécessité d'apporter un appui aux Etats Membres manquant d'établissements de formation. Notant que le personnel de santé qualifié est toujours aussi mal réparti dans de nombreux pays, le Comité a souligné la nécessité d'adopter des méthodes de gestion permettant une production et une répartition équilibrées des personnels de santé. Dans le cadre de la Déclaration d'Edimbourg de 1988, le Comité a particulièrement insisté sur l'importance de la réorientation de l'enseignement médical, ce qui permettrait d'influencer positivement l'ensemble du système des personnels de santé.

Préoccupé par le fait qu'un certain nombre de pays sont souvent exposés à des catastrophes naturelles, le Comité a exprimé sa satisfaction pour l'assistance fournie par l'OMS dans le passé et proposé de privilégier désormais la préparation intensive et l'évaluation rapide des besoins sanitaires urgents en cas de catastrophe. Il a émis l'espoir que la coopération internationale et les efforts nationaux seront renforcés dans le cadre de la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles, et a insisté sur le fait que le secteur de la santé devait être davantage associé à l'élaboration des plans de préparation aux catastrophes et à l'organisation des secours.

Le Comité, parfaitement conscient de la menace grandissante du SIDA, a insisté sur la nécessité de procéder à une approche équilibrée du problème afin d'éviter que d'autres programmes de santé n'en pâtissent. Il n'a pas perdu de vue le problème permanent des maladies transmissibles comme le paludisme, la tuberculose et la lèpre, ainsi que les menaces perpétuelles de malnutrition, diarrhée, infections aiguës des voies respiratoires, hépatite et encéphalite japonaise, non plus que les nouvelles maladies du monde moderne, comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète.

Le Comité a examiné la question du goitre, en notant que les troubles dus à une carence en iode, notamment le goitre, continuaient de poser un problème sérieux dans la Région. Il a également souscrit au fait que la iodation universelle du sel de consommation est l'une des meilleures solutions et recommandé que soient entrepris un contrôle de la qualité au niveau de la consommation et une recherche en systèmes de santé touchant à la distribution de masse, afin de mieux satisfaire les consommateurs et de mettre en oeuvre efficacement le programme.

Le Comité a également examiné les récents développements à propos de la gestion des ressources de l'OMS. Il a apprécié la souplesse qui caractérise la collaboration entre l'OMS et les Etats Membres et a souligné la nécessité d'améliorer la qualité des prestations ainsi que les délais d'exécution, notamment au niveau des pays. De même devrait-on examiner périodiquement les procédures et processus de gestion des programmes afin de les simplifier et de les rationaliser davantage, si nécessaire.

La huitième réunion des ministres de la santé des pays de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, tenue à Djakarta en octobre 1989, a souligné la nécessité de parvenir à des résultats rapides et à une plus grande prospérité, sans que pour autant disparaissent les valeurs inhérentes à leurs cultures nationales respectives. La réunion, qui s'est déroulée dans un esprit de camaraderie, a permis, outre la réaffirmation du but de la santé pour tous, de dégager un certain nombre de conclusions importantes en ce qui concerne les sujets suivants : la nécessité de lutter contre la dégradation de l'environnement afin de permettre une orientation sociale des programmes de planification familiale et de population; la décentralisation des pouvoirs et des ressources au bénéfice des unités périphériques et le renforcement de l'engagement social en faveur des couches défavorisées et sous-desservies. Les ministres sont également tombés d'accord sur le fait que la qualité des soins de santé devait être améliorée et qu'une orientation sociale devait être inculquée aux étudiants en médecine par l'inclusion de sciences sociales dans les programmes d'études de médecine. Les ministres ont invité les Etats Membres à intensifier la coopération interpays en renforçant l'engagement et la collaboration.

Parmi d'autres faits importants survenus cette année dans la Région, on peut citer : la Conférence régionale sur le développement sanitaire (mars 1989, New Delhi); un séminaire interrégional sur l'économie sanitaire et le financement des soins de santé (Jogjakarta, Indonésie); la quinzième session du Comité consultatif de la Recherche en Santé de l'Asie du Sud-Est (juin 1989, Djakarta); la première réunion des directeurs de tous les centres collaborateurs de l'OMS dans la Région, en vue de promouvoir un réseau de coopération des institutions nationales concernées et de discuter de certains problèmes communs liés aux activités de collaboration avec l'OMS (avril 1989, New Delhi); et une consultation technique mixte OMS/UNICEF/Conseil international pour la Lutte contre les Troubles de la Carence en Iode, ainsi qu'un atelier interpays sur la lutte contre la carence en iode (mars 1989, New Delhi).

En dépit des efforts accomplis dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, les cibles fixées pour l'approvisionnement en eau en zone urbaine et l'assainissement en zone urbaine et rurale n'ont pu être atteintes. Des directives ont été envoyées aux pays pour les aider à examiner et réviser les cibles, les plans par secteur et l'allocation des ressources.

Une attention particulière a été accordée au programme de lutte contre la pollution et les risques pour la santé liés à l'environnement. De nombreux pays ont manifesté un réel intérêt dans l'approche globalement écologique du programme. A ce titre, plusieurs études ont été réalisées sur les divers aspects de l'environnement par l'Institut de l'Environnement Tata en Inde. Des études de l'environnement ont été réalisées également par l'Institut de Recherche Chulabhorn en Thaïlande, dont le Gouvernement s'est engagé à préserver l'environnement en interdisant la déforestation. Les Maldives, qui luttent pour leur existence menacée par la montée du niveau des eaux et la salinité de l'eau causée par une pénurie d'eau potable, ont organisé une conférence internationale sur la montée du niveau des eaux en novembre 1989.

Tous les pays dans la Région participent au programme de lutte contre le SIDA. La plupart des pays font partie du groupe III, pour lesquels la surveillance par réseau sentinelle est la plus appropriée, mais certains, comme l'Inde et la Thaïlande, s'acheminent vers le groupe II. L'accent a été mis sur l'importance d'une plus grande vigilance et de mesures de détection et de lutte adéquates. La prévention du SIDA et les mesures de lutte dans la Région sont mises en oeuvre de façon intégrée dans le cadre des programmes et des infrastructures sanitaires existants. Les pays ont été sensibilisés à la nécessité d'assurer une sécurité absolue du sang et des produits sanguins et ont été tenus informés des problèmes de la prostitution et des toxicomanes par voie intraveineuse.

En conclusion, il réaffirme que les Etats Membres de la Région ont beaucoup apprécié le rôle dirigeant de l'OMS dans les questions de santé et sa souplesse dans la fourniture de sa coopération technique pour les appuyer dans la mise en oeuvre de leur stratégie nationale pour la santé pour tous, ainsi que ses efforts pour maintenir une continuité tout en introduisant les changements nécessaires, en tenant compte des nouveaux problèmes de santé

et des événements politiques et économiques actuels. La Région continuera à diriger ses efforts vers la satisfaction des besoins sanitaires de tous. Malgré la situation économique défavorable, aggravée par des catastrophes naturelles, les troubles politiques et l'instabilité sociale qui affectent certains pays, le développement de la santé se poursuit. Le programme de collaboration de l'OMS continue de s'élaborer dans un esprit de partenariat et de confiance avec les Etats Membres. La Région de l'Asie du Sud-Est, qui rassemble 24 % de la population mondiale et près de 42 % de la population totale des pays les moins développés sans bénéficier pour autant d'un seul pays donateur majeur, a besoin de plus grandes ressources financières et humaines de l'extérieur pour appuyer ses efforts sur la voie de la santé pour tous.

Europe

Le Dr ASVALL (Directeur régional pour l'Europe), présentant le document EB85/12, déclare que 1989 a été une année extraordinaire pour la Région de l'Europe. Après des décennies caractérisées par la présence de blocs bien démarqués et de systèmes politiques stables, l'année 1989 a vu une volonté politique de changement souffler sur toute l'Europe. Les bouleversements qui se sont produits dans les pays d'Europe de l'Est sont le résultat direct des initiatives politiques exceptionnelles prises au cours des deux ou trois dernières années, qui ont rendu possible une remise en question fondamentale de nombreux aspects de l'évolution de la société et ont entraîné une ouverture aux idées nouvelles, une volonté de changement et surtout, chez les 850 millions d'habitants de la Région, la conviction que l'Europe, bien qu'étant un vieux continent, est encore suffisamment jeune d'esprit et capable d'idées nouvelles. Tous ces changements, entre autres, font que politiquement les années 90 seront certainement très différentes des années 80. Il est encore trop tôt pour savoir exactement de quoi sera faite l'Europe de demain, mais l'on peut d'ores et déjà affirmer que les dogmes céderont la place à des évaluations plus réalistes, que les pouvoirs de décision se répartiront autrement, à l'intérieur des pays et entre eux, et que le souci de l'équilibre des forces entre blocs militaires cédera le pas au souci commun de protéger l'environnement et d'améliorer la qualité de la vie.

En revanche, une chose n'a pas changé : les problèmes de santé en Europe sont les mêmes depuis des dizaines d'années et seront toujours les mêmes en l'an 2000 car ce ne sont pas les progrès scientifiques qui modifieront les problèmes fondamentaux des services de santé ou le fait que les problèmes de santé européens sont essentiellement le résultat de l'évolution de la société et de la société d'abondance. Les politiques de santé doivent donc aborder ces problèmes de front. Quels que soient les changements politiques intervenus en Europe, ils n'auront aucune incidence sur les besoins du développement sanitaire ou sur les grandes orientations des politiques de santé. C'est ce qu'ont estimé les Etats Membres du Comité régional de l'Europe en septembre 1989 lorsqu'ils ont envisagé quelle devait être la ligne à tenir dans les années 90. Le Comité régional a estimé qu'en 1991, lorsque le moment serait venu d'évaluer les six premières années de mise en oeuvre des politiques de la santé pour tous, il s'agira plus d'actualiser que de modifier radicalement la politique et les buts européens.

L'Europe aborde à présent une nouvelle phase du mouvement de la santé pour tous. Les politiques ont été largement diffusées, il s'agit maintenant de les appliquer localement. Cela ne veut pas dire cependant que l'élaboration de politiques dans les Etats Membres soit achevée; elle s'est poursuivie en 1989 et se poursuivra au-delà. Au cours de l'année écoulée, l'Espagne a soumis au Parlement sa nouvelle politique nationale en matière de santé; la Turquie a achevé son premier projet de politique nationale de la santé pour tous; l'Albanie a introduit les principes de la santé pour tous dans son plan de développement quinquennal; Malte a décidé de poursuivre l'élaboration de sa politique nationale de la santé pour tous conformément aux principes adoptés dans son plan quinquennal; Israël a terminé son premier projet de politique nationale de la santé pour tous; l'Islande a soumis au Parlement son projet de politique de la santé pour tous; le Gouvernement danois a basé l'exposé sur sa politique de santé qu'il a soumis au Parlement sur la stratégie européenne de la santé pour tous et a fait paraître une publication sur les "voies de la santé pour tous"; un Land de République fédérale d'Allemagne a commencé à élaborer sa propre politique de la santé pour tous, ainsi d'ailleurs qu'un canton suisse; enfin, le Gouvernement français a présenté une analyse de la situation de la santé en France en faisant référence aux 38 buts européens de la santé pour tous.

Les faits les plus marquants se sont toutefois produits au niveau local. Le réseau OMS Cités-Santé comprend désormais trente villes, auxquelles 200 autres villes sont rattachées dans le cadre de réseaux secondaires. On encourage la mise en place de réseaux nationaux et linguistiques chargés des aspects gestionnaires du mouvement. La notion de santé pour tous a ainsi suscité des réactions positives. Le projet Cités-Santé de Vienne, par exemple, a donné lieu en Autriche à une réflexion approfondie sur la santé pour tous. Le programme d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) a également connu un développement considérable, puisque 15 pays collaborent actuellement avec le Bureau régional dans le cadre d'un effort de grande envergure pour modifier les facteurs de risque concernant les maladies non transmissibles.

Les pays manifestent maintenant un intérêt plus marqué pour les programmes de coopération et le Bureau régional a été réorganisé de façon à renforcer ses capacités dans ce domaine; une unité spéciale chargée du développement sanitaire au niveau des pays a ainsi été créée pour remplir les fonctions normalement imparties aux représentants de l'OMS dans le pays dans les autres Régions de l'OMS. Parmi les faits nouveaux intéressants en matière de coopération avec les Etats Membres figure l'évaluation conjointe OMS/Gouvernement du développement sanitaire en Finlande demandée par la Finlande pour déterminer dans quelle mesure les politiques de santé nationales étaient conformes aux politiques de l'OMS. Un deuxième pays a également fait savoir qu'il serait intéressé par ce type d'exercice.

L'environnement humain a fait l'objet d'un intérêt particulier et figure en bonne place dans la liste des priorités de la Région européenne. Ces dernières années, les aspects techniques de la question ont été étudiés et le Bureau régional a publié une quarantaine de documents techniques ou autres sur pratiquement tous les problèmes liés à l'environnement, en mettant l'accent sur la sécurité des substances chimiques. Il apparaît cependant de plus en plus clairement que le problème le plus urgent est celui de l'absence de politique globale concernant les activités des différents secteurs et aux différents niveaux de la société. Il y a environ deux ans et demi, le Bureau régional a entrepris d'élaborer une politique dans ce domaine; l'aboutissement de ces travaux a été la première Conférence européenne des ministres de la santé et de l'environnement tenue à Francfort, en République fédérale d'Allemagne, en décembre 1989. La République fédérale d'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Italie et l'Autriche avaient vigoureusement appuyé les activités préparatoires à cette conférence, qui a débouché sur l'adoption d'une Charte européenne de l'environnement et de la santé, à laquelle a également souscrit la Commission des Communautés européennes.

L'une des stratégies importantes du Bureau régional de l'Europe consiste à travailler directement avec un grand nombre d'organisations pour les encourager à prendre des initiatives dans le domaine de la santé pour tous. La collaboration avec l'ensemble des associations médicales européennes est très satisfaisante et, lors de la prochaine réunion qui se tiendra à Rome, il sera proposé de créer un forum européen composé de toutes les associations médicales nationales et de l'OMS, et chargé de promouvoir la notion de santé pour tous en Europe. Le même type de collaboration a été établi avec les infirmières, et le Bureau régional a également entamé une collaboration avec des entreprises, estimant que le milieu de travail est important non seulement du point de vue de la médecine du travail mais aussi parce que l'entreprise est un lieu où l'on peut faire passer des messages de promotion de la santé directement et individuellement. Le Bureau régional a également l'intention de collaborer avec les syndicats dans le même esprit, ainsi qu'avec les enseignants et d'autres groupes pour les inciter à modifier leur attitude et les rassembler dans le cadre de réseaux interreliés, ce qui permettrait de renforcer concrètement l'action en faveur de la santé pour tous au niveau local dans toute l'Europe.

La coopération entre le Bureau régional et la section européenne de la Fédération internationale du Diabète (FID) a été particulièrement intéressante puisqu'elle a débouché, sur la base du projet de recherche exécuté depuis cinq ans, sur un accord visant à ramener les effets secondaires graves du diabète à un niveau beaucoup plus faible. Compte tenu des nouveaux principes mis au point grâce aux études entreprises par le Bureau régional et les membres de la FID, on estime en effet qu'au cours des cinq prochaines années les amputations liées au diabète pourraient être réduites de 50 % et la cécité et l'insuffisance rénale de 33 %, et que la mortalité infantile dans les populations diabétiques pourrait être ramenée au même niveau que dans l'ensemble de la population. Tout cela est faisable et n'exige pas de matériel particulièrement sophistiqué; c'est surtout une question de volonté politique, d'organisation et d'éducation de personnel de santé et des patients. Pour la première fois, une organisation non gouvernementale est prête à joindre ses efforts à ceux de l'OMS et à assumer une responsabilité sociale en allant au-delà de sa vocation scientifique normale en

prenant l'engagement d'améliorer la santé d'une grande partie de la population européenne. Le Bureau régional s'efforcera de plus en plus de trouver de tels modèles de coopération avec d'autres organisations professionnelles.

A la trente-neuvième session du Comité régional, la question de la gestion de la santé publique a été au centre des débats car l'on commence à comprendre qu'il existe un problème grave en Europe. Il ne fait aucun doute que, depuis quelques dizaines d'années, l'infrastructure de gestion de la santé publique a été réduite en même temps que les ressources dont elle dispose. Le Comité régional a convenu qu'il fallait élaborer une nouvelle structure afin de former des administrateurs de la santé publique d'un nouveau genre, véritablement capables de gérer le développement sanitaire dans l'esprit de la santé pour tous. Cela signifie qu'ils devront avoir une vision plus large, jouer davantage le rôle de catalyseurs, être plus axés sur l'épidémiologie et se montrer plus soucieux des aspects politiques que par le passé. Le Bureau régional coopère concrètement avec l'Association des Ecoles de Santé publique de la Région européenne et s'efforce avec elle de créer un titre de maîtrise en santé publique tenant compte de tous ces aspects. Un premier projet a été examiné lors d'une réunion tenue en décembre 1989.

Naturellement, les réductions importantes de ressources enregistrées au cours de la période biennale ont engendré un certain nombre de problèmes, notamment des coupes dans les programmes et un surcroît de travail et un sentiment de frustration pour le personnel dans tous les lieux d'affectation. Mais malgré ces difficultés, le personnel a réussi à exécuter les programmes sans nuire à leur qualité - le Conseil souhaitera peut-être d'ailleurs revenir sur ce point au moment qu'il jugera approprié.

A la fin de 1988, la catastrophe qui a frappé l'Arménie a fait 30 000 morts et pratiquement 500 000 sans-abri, tandis que, fin 1989, les événements de Roumanie faisaient des milliers de morts. Ces deux tragédies ont déclenché des mouvements de solidarité et de générosité extraordinaires de la part de nombreux pays, organisations et simples particuliers. En Arménie, le Bureau régional a mis en place un programme à long terme pour aider la République à reconstruire la zone sinistrée. En Roumanie, l'OMS a envoyé huit personnes pour aider le nouveau Gouvernement à évaluer les besoins et à coordonner l'aide qu'il avait reçue. Des listes de besoins ont été dressées et des plans élaborés afin de redresser des années de mauvaise gestion du système de santé du pays. Il faut remercier à cet égard tous les gouvernements et organisations, y compris le Siège de l'OMS, qui ont porté assistance aux populations sinistrées et qui ont aidé le Bureau régional à s'acquitter de sa mission. La générosité et la solidarité manifestées à la fin des années 80 augurent bien de l'avenir des peuples d'Europe dans les années 90.

Méditerranée orientale

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale), présentant le document EB85/13, appelle l'attention des membres sur les difficultés dues à la situation politique actuelle très peu satisfaisante en Méditerranée orientale qui a entravé les activités de l'OMS dans la Région. Néanmoins, l'espoir subsiste. La Région a été le théâtre de plusieurs conflits au cours de la dernière décennie et dans certains cas les hostilités se poursuivent. Fort heureusement, on a mis un terme à la guerre entre l'Iran et l'Iraq et il faut espérer qu'il en ira de même dans les autres cas. Le groupe le plus exposé est la population arabe de Palestine. Au Comité régional, de nombreux orateurs se sont déclarés inquiets devant la dégradation de la situation sanitaire en Palestine où l'occupant continue d'utiliser les gaz lacrymogènes même en lieu clos, où la politique consiste à provoquer des fractures en brutalisant les enfants, où l'on utilise des projectiles à haute vitesse et où l'on soumet à des tracasseries les ambulanciers et les malades. A plusieurs occasions, on a fait valoir au Comité régional que ces violations notoires des droits de l'homme étaient perpétrées délibérément et en complète impunité. S'il y a eu un nouvel élan en faveur des droits de l'homme en Europe, en Afrique et en Asie, il faut bien constater qu'en Méditerranée orientale, on est loin du niveau souhaitable.

En 1989, le thème de la communication a spécialement retenu l'attention du Bureau régional. Lors d'une réunion du Comité consultatif régional en septembre 1989, on a procédé à un examen détaillé de la stratégie d'information sanitaire et biomédicale de l'OMS pour les années 1990. On a envisagé des moyens plus efficaces et plus accessibles d'atteindre un plus vaste public. Il a également été question de l'importance du dialogue et de la communication à la trente-sixième session du Comité régional.

Les maladies dues au mode de vie ont elles aussi beaucoup retenu l'attention et le SIDA leur est étroitement lié. Le Comité régional, qui a décidé d'adopter une politique tendant à mieux sensibiliser l'opinion, a recommandé que des mesures soient prises pour favoriser le mariage des jeunes tout en différant la procréation. On s'est fortement intéressé à la prévention de la maladie, notamment au programme élargi de vaccination (PEV). A cet égard, les progrès ont été considérables. Dans cinq pays, la couverture qui oscillait entre 25 et 35 % est passée à plus de 50 %. L'objectif est d'assurer une couverture complète des enfants en 1990. En particulier, on espère éradiquer la poliomyélite dans la Région d'ici l'an 2000. Le Comité régional a également considéré l'hépatite virale B comme un important problème. Là aussi, les progrès ont été considérables et des mesures ont été prises pour commencer l'application des programmes. Trois pays de la Région ont déjà lancé des programmes de vaccination dans le cadre du PEV et d'autres sont sur le point de suivre leur exemple.

En ce qui concerne l'extension des locaux du Bureau régional, il semble désormais qu'on pourra obtenir une parcelle suffisamment grande au Caire. Les détails seront communiqués au Conseil quand il aura à examiner la question.

L'initiative européenne tendant à mettre sur pied un réseau "Cités-Santé" est étroitement suivie dans la Région de la Méditerranée orientale où l'on espère pouvoir appliquer la même idée.

Le Comité régional a prié le Dr Gezairy de faire part au Conseil exécutif d'une demande concernant une démarche auprès des milieux de l'aviation civile; il s'agirait d'assurer qu'au moment d'éteindre le signe "Défense de fumer", le steward appelle l'attention des passagers sur les dangers que présente le tabac pour la santé et prie les fumeurs de bien vouloir s'abstenir de fumer ou de fumer le moins possible. On contribuera ainsi à éviter de nombreux cas de cancer du poumon.

Le PRESIDENT invite les membres du Conseil à présenter leurs observations sur les rapports et sur les exposés introductifs des Directeurs régionaux.

Le Dr CABRAL, ayant pris connaissance avec satisfaction des rapports présentés par l'ensemble des Directeurs régionaux, précise que ses remarques concernent principalement le rapport du Directeur régional pour l'Afrique. Bien qu'il faille se féliciter de son caractère assez complet, ce rapport ne contient cependant pas toutes les informations voulues sur certaines des discussions et résolutions du Comité régional.

En ce qui concerne l'initiative sur la maternité sans risque visée aux paragraphes 93 et 94 du rapport, il serait intéressant de connaître le genre de mesures prises par le Bureau régional pour obtenir des fonds supplémentaires en faveur de ce qui constitue l'un des aspects les plus importants de tout ensemble de mesures prioritaires en faveur de la santé en Afrique au sud du Sahara. Des fonds supplémentaires sont certainement nécessaires car l'initiative supposera non seulement une extension de la couverture des services de base mais aussi l'utilisation d'hôpitaux de recours pour les cas obstétricaux à haut risque. Le Directeur régional voudra peut-être indiquer brièvement les objectifs et la stratégie du plan approuvés par le Comité régional pour la mise en oeuvre de cette très importante initiative.

Dans la partie consacrée au programme élargi de vaccination (PEV) (paragraphes 98 à 104 du rapport), la poliomyélite et le tétanos néonatal sont considérés comme les deux maladies cibles du PEV devant faire l'objet d'interventions prioritaires; mais une autre maladie cible du PEV inquiète davantage le Dr Cabral, à savoir la rougeole à propos de laquelle le Conseil exécutif a approuvé une résolution il y a deux ou trois ans sur la nécessité d'assurer une forte couverture vaccinale en milieu urbain en Afrique. Il serait intéressant de savoir dans quelle mesure le Comité régional et le Bureau régional ont atteint et maintenu un tel niveau de couverture en milieu urbain et si l'on dispose déjà d'informations épidémiologiques attestant d'une modification du schéma de transmission et de progrès, non seulement en ce qui concerne la transmission de la rougeole mais aussi la part de la mortalité infantile due à cette maladie en Afrique.

A propos de la lèpre, le Dr Cabral salue les efforts visant à promouvoir la polychimiothérapie en Afrique au sud du Sahara ainsi que l'ensemble des initiatives prises par le Bureau régional, notamment ses efforts visant à mobiliser la participation de plusieurs organisations non gouvernementales qui coopèrent directement avec les pays. Le lancement et le développement des programmes de polychimiothérapie contribueront beaucoup à renforcer le prestige des services de santé en Afrique en montrant que cette maladie tant redoutée peut en fait être traitée.

Quant au paludisme, il est particulièrement encourageant de noter les résultats obtenus pour la formation de personnels de niveau intermédiaire. Il s'agit là d'un commencement car ce personnel était auparavant formé à l'étranger et les premiers efforts dans ce sens étaient axés sur une formation surspécialisée de haut niveau, alors qu'on a besoin, au moins pour la lutte antivectorielle, d'un grand nombre de techniciens de niveau intermédiaire.

Les dernières observations du Dr Cabral sur le rapport ont un caractère général. Il est indispensable que le personnel du Bureau régional intensifie ses efforts en faveur des Africains, compte tenu de la façon dont la détérioration de la situation sociale, politique et économique dans l'Afrique au sud du Sahara au cours de la dernière décennie affecte le fonctionnement des services de santé. Il ressort des rapports de l'OMS et de ceux d'autres organisations, comme la Banque mondiale, que les déterminants structurels de la répartition des maladies, de l'efficacité des services, de l'accès aux services et de leur utilisation évoluent très rapidement dans l'Afrique au sud du Sahara en raison de ces crises profondes; on voit maintenant se former des groupes très importants à haut risque qui se définissent socialement et économiquement et non plus biologiquement et démographiquement comme c'était le cas auparavant. On prend également conscience de l'impact des programmes d'ajustement économique sur la situation sanitaire et sur le fonctionnement des services de santé, sur lequel vient se greffer un phénomène très soudain et incontrôlé d'urbanisation rapide en Afrique au sud du Sahara, provoquant une évolution des profils des maladies et des schémas de consommation de services ainsi qu'une progression géométrique des coûts des services de santé du fait de l'abus croissant des systèmes de recours. La situation sanitaire de plusieurs millions de personnes déplacées en Afrique au sud du Sahara comporte des aspects très précis qui nécessitent des solutions très précises pour la fourniture des services de santé.

Au vu de ces manifestations extérieures d'une crise structurelle profonde dans la sous-région, il faut trouver des approches radicales pour procéder à un examen des stratégies de la santé pour tous, tout d'abord au niveau des pays eux-mêmes mais en veillant aussi à ce que le Bureau régional, en tant que masse critique de techniciens hautement qualifiés, joue un rôle d'orientation pour guider le mouvement vers une révision, laquelle devient particulièrement urgente. On doit faire face à trois types de problèmes : le changement soudain des profils des maladies qui diffèrent d'un groupe de population à l'autre; la nécessité d'examiner la stratégie de la santé pour tous, ce qui se traduira par des ensembles de mesures hautement efficaces propres à renverser la tendance à la dégradation de la situation sanitaire, mais en donnant à court terme des résultats permettant de poursuivre la stratégie à long terme; et la nécessité d'éviter que le phénomène de l'urbanisation sauvage n'aboutisse à une situation où l'abus croissant des services des hôpitaux de recours accroît la part du budget attribuée à ces établissements en ne laissant pratiquement plus rien aux soins de santé primaires et aux services destinés à la population rurale. Voilà le genre de préoccupations qui ne sont pas reflétées dans le rapport alors qu'elles semblent mériter un rang de priorité très élevé.

Les projets concernant les trois à cinq années à venir énoncés dans le rapport seraient acceptables s'ils s'appliquaient à des sociétés et à des économies stables, mais tel n'est certainement pas le cas de l'Afrique au sud du Sahara. Dès lors, des études ne sont pas seulement nécessaires mais urgentes et certaines ont effectivement été entreprises par des organisations comme - dans le cadre du système des Nations Unies - la Banque mondiale, laquelle a organisé une série de réunions en 1988, parfois avec la participation de ministres de la santé afin de préparer un rapport sur les politiques sanitaires à l'intention de la Banque; en février 1990, une importante réunion interorganisations doit se tenir à Brazzaville et le programme sanitaire pour l'Afrique dans les trois à cinq ans à venir est un des principaux points inscrits à l'ordre du jour. Il serait intéressant de savoir si le Bureau régional de l'Afrique est conscient de la nécessité d'entreprendre ce genre d'études, s'il procède à des échanges d'informations avec d'autres organisations et s'il est prévu de proposer des initiatives de ce genre au Comité régional lors d'une prochaine session.

Le Professeur KALLINGS félicite tous les Directeurs régionaux de l'excellente présentation de leurs rapports, qui sont non seulement très brillants mais aussi profondément émouvants lorsqu'ils relatent les tragédies humaines qui se sont produites et qui durent encore dans certaines régions. Parmi les nombreux faits intéressants qui ont été mentionnés, il se limitera dans ses observations générales à quelques points, et traitera tout d'abord de la question des femmes, de la santé et du développement. Dans les pays en

développement, on en demande de plus en plus aux femmes, qu'il s'agisse par exemple des travaux agricoles, de l'approvisionnement en eau, de la gestion de l'économie ménagère, de l'adaptation à la vie urbaine, etc. Le succès d'un certain nombre d'activités décrites dans les rapports, et concernant par exemple la nutrition, l'éducation pour la santé, l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la maternité sans risque, dépend du soutien que les femmes peuvent recevoir dans leur rôle de principaux responsables de la gestion. Tout en étant sûr que les programmes comprennent des activités de nature à renforcer la participation des femmes, le Professeur Kallings serait heureux que le Directeur régional pour l'Afrique mette en lumière certaines questions prioritaires concernant la promotion de la femme dans le cadre du développement de la santé. A cet égard, les bourses d'études attribuées aux femmes restent, semble-t-il, une denrée rare.

En deuxième lieu, le Professeur Kallings désire rappeler qu'il existe un décalage de plus en plus grand entre la santé et les économies des pays Membres de l'OCDE et celles des pays en développement. Par ailleurs, il existe aussi un décalage de plus en plus grand entre les riches et les pauvres dans les pays de l'OCDE, en particulier en Europe. Dans les années 80, on a établi l'existence d'une nette corrélation entre la santé et les modes de vie : les membres fortunés de la société qui ont le privilège de recevoir un enseignement plus poussé et de bénéficier de revenus élevés jouissent en général d'un meilleur état de santé que ceux dont les revenus sont bas, qui n'ont pas reçu un enseignement de type classique, qui travaillent dans des conditions difficiles et monotones et qui sont moins bien logés. C'est la raison pour laquelle une politique de santé ne peut être efficace que si elle s'inscrit dans une politique globale d'amélioration des conditions de vie de tous les groupes de la société, et aussi pour laquelle toute politique de santé doit s'assortir de mesures de promotion de la santé et de prévention à l'intention des groupes les plus vulnérables - par exemple par le biais d'une information sur les liens qui existent entre l'abus de drogues et d'alcool, la consommation de tabac et un mauvais état de santé.

En dernier lieu, le Professeur Kallings donne une illustration de la dynamique du concept de la santé pour tous en Europe. Le paragraphe 9 du rapport relatif à cette Région fait état d'un glissement d'accent des soins hospitaliers de haute technologie aux soins de santé primaires; maintenant que cette réorientation prend un rythme de croisière, les choses se compliquent car du fait de la plus grande équité qui règne dans la répartition des ressources économiques, des diagnostics plus précoces et de l'augmentation de la durée de la vie, et du fait aussi en partie des nouvelles technologies, un plus grand nombre de patients demandent à bénéficier de soins hospitaliers de haute technologie. La possibilité de mener une vie active à des âges très avancés constitue un autre facteur car il existe maintenant de larges groupes de population qui veulent être capables de continuer à voir et à se déplacer et ne plus souffrir de douleurs chroniques et invalidantes. C'est pourquoi, le pays qu'il connaît le mieux tout comme de nombreux autres pays industriels sont le théâtre de débats publics francs et animés en faveur d'une utilisation des ressources hospitalières pour répondre aux besoins de toute la population, qu'il s'agisse de chirurgie orthopédique pour remplacer la hanche complète, d'opérations ophtalmiques de la cataracte, de pontages coronaires le cas échéant, d'opérations du cancer, etc. Pour le Professeur Kallings, il ne faut pas opposer la haute technologie aux soins de santé primaires, mais plutôt la considérer comme un instrument important dont doit s'assortir toute politique globale de la santé. Il n'entend pas par là minimiser en quoi que ce soit l'importance des soins de santé primaires, qui constituent la base même d'une politique de santé, mais il souhaite simplement souligner combien il importe de continuer de renforcer les soins de santé primaires. Il ne fait que saisir l'occasion d'insister sur la complexité du problème, à savoir le dilemme bien connu et de plus en plus aigu qui apparaît avec l'instauration d'une plus grande équité économique dans certains pays, les effets bénéfiques des soins de santé primaires et l'adoption de nouvelles technologies médicales. Ce dilemme est en principe inhérent au concept de la santé pour tous, mais il se manifeste de façon tout à fait différente dans les nombreux pays qui ne peuvent affecter au secteur de la santé que des ressources peu abondantes, voire en diminution, et qui se trouvent confrontés à une situation socio-économique difficile. Le dilemme doit donc s'inscrire dans une politique plus vaste, qui tienne compte des problèmes que vient d'évoquer le Dr Cabral. Le Professeur Kallings hésitait à évoquer cette question, par crainte d'être mal compris, mais le Conseil ne peut, à son avis, négliger l'effet de ce dilemme sur la crédibilité à long terme du concept de la santé pour tous. Il faut parvenir à un dosage équilibré afin de ne pas négliger les possibilités avantageuses qu'offrent des technologies nouvelles et appropriées.

Le Dr OWEIS félicite les Directeurs régionaux de l'excellente présentation de leurs rapports qui donnent une idée très claire des faits importants qui se sont produits au niveau du Comité régional. Il remercie tout spécialement le Directeur régional pour la Méditerranée orientale, qui a rappelé les souffrances des populations des territoires occupés et a insisté sur les souffrances morales endurées par les Palestiniens obligés, de diverses façons, de quitter leurs maisons et remplacés par des étrangers ou des nouveau venus; le moment viendra où les pays arabes voisins ne seront plus en mesure d'accueillir ces personnes déplacées par les autorités d'occupation, qui cherchent indubitablement à étendre les territoires occupés au détriment des administrations et pays voisins. Les souffrances de ces populations, auxquelles viennent s'ajouter toute une série d'autres conséquences de l'occupation, créent une situation sanitaire catastrophique, et c'est un problème dont l'OMS doit se préoccuper sérieusement.

Le Professeur BORGONO félicite le Directeur régional pour les Amériques de l'excellente introduction de son rapport, à propos duquel il souhaite reprendre trois points. Tout d'abord, même s'il est vrai que les économies des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, exception faite de la Colombie et du Chili, se sont fortement dégradées, la plupart de ces pays n'en ont pas moins fait des progrès dans le domaine de la santé; certes, ces progrès auraient été naturellement plus rapides si cette dégradation n'avait pas eu lieu, mais la situation montre qu'il n'existe pas, comme on aurait pu le croire, de relation directe entre les facteurs économiques et la santé, et il serait intéressant d'analyser davantage ce phénomène. En second lieu, les progrès extraordinaires réalisés depuis cinq ans dans l'éradication du virus poliomyélitique sauvage dénotent que lorsqu'il existe une volonté politique de la part de tous les pays concernés et que les organismes participants coordonnent et intègrent leurs efforts avec ceux du bureau régional, on obtient des résultats remarquables. En troisième lieu, la nature des problèmes de santé dans les Amériques évolue depuis quelque temps avec l'augmentation continue des maladies chroniques dues au vieillissement de la population, aux modes de vie, etc., de sorte que l'on attache de plus en plus d'importance aux problèmes des personnes âgées. Il est également nécessaire de consolider les progrès réalisés en matière de santé maternelle et infantile.

Il faut également féliciter les autres Directeurs régionaux de leurs rapports. Il est intéressant de connaître les progrès effectués dans la vaccination contre l'hépatite B dans les régions où cette maladie pose de graves problèmes; un échange d'informations s'impose de toute évidence au niveau interrégional. Le Directeur régional pour l'Europe a souligné à juste titre que les organisations non gouvernementales ont pris rapidement de l'importance dans le domaine de la santé; les ressources qu'elles dispensent doivent être utilisées de façon rationnelle et coordonnée pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Enfin, un certain nombre de Directeurs régionaux ont rappelé qu'il faut améliorer d'urgence la formation des agents de santé à la gestion des programmes, budgets et autres volets de la santé. Bien des faiblesses des programmes tiennent non pas à des défaillances dans l'application des connaissances techniques existantes, mais à l'incapacité d'utiliser les ressources disponibles pour appliquer les programmes. Les compétences en matière de gestion revêtiront de plus en plus d'importance en raison de l'intégration des services, de la démarche multisectorielle adoptée vis-à-vis des problèmes de santé et de la nécessité d'utiliser toutes les ressources d'une communauté pour parvenir à un rapport coûts/avantages réellement satisfaisant.

M. AL-SAKKAF dit qu'il a apprécié la présentation que les Directeurs régionaux ont fait de leurs rapports; elle reflète les progrès notables accomplis dans de nombreux domaines prioritaires de la santé, mais tient compte aussi de différents événements tragiques ayant des répercussions sur la santé des populations - en particulier les crimes odieux perpétrés contre la population arabe des territoires occupés, y compris la Palestine, qui constituent un obstacle à la réalisation des objectifs de la santé pour tous d'ici l'an 2000. La réalisation de ces objectifs suppose que les Etats Membres fassent des efforts internationaux bien coordonnés pour mettre en commun les capacités et les ressources disponibles, qui sont très variables d'une région à l'autre; la coopération entre les Régions pourrait être encore intensifiée en vue de faire le meilleur usage des compétences d'experts et des données d'expérience existantes et de consolider certains secteurs de la santé où des insuffisances ont été constatées.

Enfin, M. Al-Sakkaf appuie la suggestion faite par le Directeur régional pour la Méditerranée orientale de prendre des contacts avec l'OACI en vue de décourager l'usage du tabac à bord des avions, car le tabac est unanimement considéré comme la cause de nombreuses maladies.

Sir Donald ACHESON félicite les Directeurs régionaux pour leurs rapports, mais estime qu'ils n'ont pas suffisamment mis l'accent sur la question de la croissance démographique incontrôlée dont les incidences sur la santé risquent de se faire sentir dans toutes les régions d'ici le milieu du vingt et unième siècle, et qui constituera l'un des graves problèmes auxquels l'OMS sera confrontée dans les prochaines décennies.

Il voudrait s'associer aux deux remarques faites par le Professeur Kallings sur, d'une part, l'importance des femmes dans la diffusion de l'information sanitaire et, d'autre part, le fait que traitement et prévention ne sont en aucune manière contradictoires.

Les commentaires du Directeur régional pour l'Europe concernant la Conférence de Francfort sur la santé et l'environnement sont particulièrement importantes, eu égard notamment au vif intérêt exprimé par les participants à cette Conférence. En fait, les répercussions mondiales d'une croissance démographique incontrôlée sont le seul sujet majeur qui n'a pas été abordé à cette Conférence.

Parlant ensuite de la situation dans la Région africaine, Sir Donald Acheson se félicite de l'intérêt porté à l'épidémiologie et de la réforme de l'enseignement médical dans l'esprit de la Déclaration d'Edimbourg. Le Directeur régional pour l'Afrique pourrait-il faire une évaluation de la situation en ce qui concerne le SIDA à la lumière du plan de lutte à moyen terme et de la situation de la tuberculose dans la Région ?

Le Dr SADRIZADEH félicite le Directeur régional pour la Méditerranée orientale de ses efforts pour promouvoir l'approche des besoins de base minimaux et le développement d'un leadership de la santé pour tous. Les universités peuvent jouer un rôle important dans la promotion de la santé pour tous en favorisant et en développant un enseignement médical à base communautaire dans certains pays de la Région. Tout en partageant l'avis du Directeur régional sur l'importance du rôle de coordination joué par les missions conjointes gouvernement/OMS pour l'examen des programmes dans la mise au point et la surveillance de programmes de collaboration, il estime que le moment est venu d'entreprendre une évaluation globale de ces programmes.

Compte tenu de l'incidence élevée de l'hépatite B chez les enfants de moins de 5 ans, le Bureau régional devrait non seulement poursuivre ses efforts pour mettre au point des programmes nationaux de prévention et de lutte contre cette maladie, mais aussi pour fournir une assistance technique et financière aux pays intéressés afin de les aider à inclure le vaccin contre l'hépatite B dans leurs calendriers généraux de PEV.

M. HOSSAIN (suppléant de M. Chowdhury) note avec satisfaction que le Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est a continué à être très actif dans la promotion de l'assistance technique, et espère que ses efforts pourront être renforcés et diversifiés. De nombreux pays de la Région ont été frappés par de graves catastrophes naturelles qui, venant s'ajouter à leurs problèmes économiques et d'environnement, ont fait ressortir encore davantage les faiblesses de leur infrastructure sanitaire. Dans ces circonstances, il est réconfortant d'apprendre que le Bureau régional s'efforce de consolider sa propre capacité de faire face aux catastrophes. Il espère que cette tendance se poursuivra.

Le Professeur SANTOS fait observer que les rapports des Directeurs régionaux donnent une illustration très claire de la mesure dans laquelle l'Organisation contribue à l'atténuation des problèmes sanitaires dans le monde par l'application des concepts centraux de la santé pour tous et des soins de santé primaires. Afin d'assurer une couverture sanitaire à très grande échelle, des technologies complexes ont ainsi été simplifiées et rendues largement accessibles, comme le montre le grand succès des techniques de réhydratation orale et du programme élargi de vaccination, qui sont en réalité l'aboutissement d'un travail de laboratoire très élaboré et hautement sophistiqué.

Il partage l'avis de Sir Donald Acheson sur le fait que l'on n'accorde pas suffisamment d'attention à la régulation de la fertilité. Cela montre qu'il serait probablement nécessaire d'entreprendre des recherches plus approfondies à ce sujet pour essayer d'arriver à ce que toutes les personnes intéressées par ce problème aient une meilleure compréhension des moyens de maîtriser la fertilité.

Il regrette que l'on n'ait pas parlé des systèmes de santé de district, un autre concept de l'OMS qui pourrait être très utile pour améliorer les indicateurs sanitaires à l'échelle mondiale. Il faudrait mettre davantage l'accent sur cette approche.

De manière très significative, les progrès accomplis dans le domaine des soins de santé primaires et de la santé pour tous l'ont été en dépit des conditions économiques très défavorables régnant dans de nombreuses parties du monde, comme le montre de façon très frappante le rapport du Directeur régional pour les Amériques. Aussi était-il donc particulièrement approprié que le premier des cinq domaines prioritaires mentionnés par le Directeur général dans son allocution d'ouverture soit précisément celui des rapports entre l'état de l'économie mondiale et le développement sanitaire, question sur laquelle des recherches devraient être effectuées afin de trouver des solutions simples et efficaces, comme cela a été fait dans d'autres domaines. De même, l'importance d'autres domaines prioritaires identifiés par le Directeur général, à savoir les rapports entre l'environnement et la santé, la nutrition, la nouvelle approche intégrée de la lutte contre les maladies et la production et l'utilisation de l'information, a-t-elle été corroborée par les exposés des Directeurs régionaux.

Le Professeur RANSOME-KUTI dit que les observations des Directeurs régionaux sur le développement des services de santé et les programmes spéciaux ont été convergentes. Un aspect crucial du développement des systèmes de santé est l'évaluation gestionnaire, comme l'a laissé entendre le Professeur Borgoño. En fait, de nombreux pays en développement jettent actuellement les bases de systèmes de soins de santé facilement accessibles, dont le bon fonctionnement dépendra entièrement d'une saine gestion. Aussi l'OMS doit-elle aider ces pays à établir ces systèmes en mettant tout spécialement l'accent sur les aspects pratiques de la gestion au quotidien.

Des programmes tels que le programme élargi de vaccination ou le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques sont faciles à lancer mais leur intégration effective dans les systèmes de soins de santé primaires est plus difficile, en particulier là où ces systèmes sont pratiquement inexistantes. Aussi a-t-il noté avec satisfaction que presque tous les Directeurs régionaux avaient mentionné cet aspect particulier des soins de santé, et espère-t-il qu'ils poursuivront leurs efforts dans ce domaine dans les années à venir.

Le programme élargi de vaccination a permis de sauver la vie d'un si grand nombre d'enfants que l'approvisionnement en denrées alimentaires et les capacités en matière d'éducation d'un certain nombre de pays sont devenus insuffisants pour faire face à une telle augmentation de la population infantine. Comme l'a souligné Sir Donald Acheson, les activités en matière de population sont en train de devenir une priorité majeure dans les pays en développement, et les programmes de nutrition devraient être renforcés le plus rapidement possible devant ce succès des programmes de l'OMS.

De nombreux pays en développement essaient de trouver de nouveaux moyens de financer leurs activités sanitaires, tels que l'assurance-maladie et autres systèmes de récupération des coûts, mais ces mécanismes sont nouveaux pour beaucoup de ces pays et auraient besoin d'être gérés avec l'assistance des pays développés. A cet égard, l'Initiative de Bamako est un programme très important en ce qui concerne le financement des activités sanitaires à l'échelon du village, et il serait heureux que le Directeur régional pour l'Afrique puisse donner davantage d'informations sur ce programme.

Il aimerait savoir si l'OMS s'intéresse au programme intitulé "L'éducation pour tous", qui doit être mis en oeuvre au cours des deux prochaines années. En fait, un tel programme s'intégrerait parfaitement dans l'approche OMS de la santé pour tous, car l'absence d'éducation est responsable de nombreux problèmes sanitaires. L'Organisation a-t-elle l'intention d'inclure ce programme dans son propre programme d'activités dans les années à venir ?

Les remarques qui ont été faites au sujet des programmes des études médicales lui ont semblé très pertinentes. Toutefois, de nombreux pays africains n'ont pas les ressources nécessaires pour procéder à ces réformes de programmes. Aussi l'OMS devrait-elle aider les universités africaines à restructurer leurs programmes d'études, pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population. L'Organisation fait-elle quelque chose à cet égard ?

Au Nigéria, la transfusion sanguine est en train de devenir un facteur majeur de propagation du VIH. Aussi l'OMS devrait-elle accorder une attention spéciale au programme correspondant.

Peu de renseignements ont été fournis sur les programmes de lutte contre de nombreuses maladies endémiques qui sont encore très répandues dans les pays africains, bien que l'appui fourni par l'OMS pour soutenir les efforts nationaux dans ce domaine soit très apprécié.

Enfin, étant donné que les soins de santé primaires ne peuvent réussir que s'ils sont appuyés par des soins de santé "secondaires", le moment est venu de jeter les fondements d'un système de soins de santé de niveau intermédiaire et l'Organisation devrait renforcer ses efforts pour promouvoir l'utilisation des techniques hospitalières simples qu'elle a mises au point à cet égard.

Le Dr CABA-MARTIN félicite le Dr Asvall pour la qualité et l'objectivité de son rapport sur les faits notables survenus dans la Région européenne, ainsi que sur les activités du programme régional défini par la trente-neuvième session du Comité régional de l'Europe. Le rapport ne mentionne toutefois pas une activité intéressante entreprise dans le cadre du plan d'action contre le tabagisme. Il s'agit d'un accord passé entre le Bureau régional de l'Europe, les autorités espagnoles et le Comité international olympique afin de bannir l'usage du tabac aux Jeux olympiques qui auront lieu à Barcelone en 1992; ce sera un tremplin pour relancer le plan d'action, dans le contexte du projet "Cités-Santé" et dans le cadre de la stratégie de promotion de modes de vie sains. Le Dr Caba-Martin tient également à remercier le Dr Macedo de son rapport tout à fait réaliste sur la Région des Amériques; il est très difficile de faire face aux besoins fondamentaux de la population dans de vastes zones de cette Région et c'est là un fait préoccupant. Peut-être le Conseil pourrait-il appuyer les activités en Amérique latine et dans les Caraïbes, où de nombreux pays ne sont pas encore en mesure de satisfaire les besoins sanitaires de base et n'ont pas pu mettre en place de soins de santé primaires efficaces. Bien qu'il y ait eu quelques changements politiques encourageants dans la Région, les pays sont confrontés à la crise économique et à la pauvreté. Deux faits méritent d'être spécialement mentionnés : tout d'abord, le combat du peuple et du Gouvernement colombiens contre le trafic de drogue, combat qui ne portera ses fruits que si l'Europe et l'Amérique prennent les mesures voulues pour réduire la demande et, ensuite, les regrettables événements survenus récemment au Panama, qui - il faut l'espérer - appartiennent désormais au passé. L'Espagne a participé au plan concernant les besoins sanitaires prioritaires en Amérique centrale et au Panama ainsi qu'à diverses autres activités, et le Dr Caba-Martin propose de renforcer la coopération avec les pays de la Région pour améliorer la situation sanitaire des plus démunis et instaurer de nouvelles relations avec les organismes et programmes qui s'occupent du développement.

Le Dr ESPINOSA FACIO LINCE félicite le Directeur général pour sa déclaration et tous les Directeurs régionaux, en particulier le Directeur régional pour les Amériques, pour leurs rapports. Les services de santé de son pays se heurtent à plusieurs problèmes, notamment le financement, la gestion, l'absence de recherche épidémiologique, la tendance à privilégier les soins curatifs au détriment de la prévention et, enfin, les difficultés au niveau de la décentralisation et de la participation communautaire. On a toutefois noté une amélioration de la situation sanitaire à la suite de la réforme du système de santé. En ce qui concerne les problèmes de financement, l'Etat a décidé d'accroître le pourcentage du budget affecté à la santé et d'acquérir le monopole des loteries, dont les recettes serviront à financer le secteur de la santé. Bien que la Colombie ait enregistré une augmentation du PNB et du revenu par habitant, ces acquis ne sont pas uniformément répartis dans la population. En fait, le fossé s'est élargi entre riches et pauvres, et les conditions imposées par le service de la dette extérieure sont véritablement inhumaines. Il s'ensuit que le pays a moins d'argent à consacrer à la santé et que ce sont les plus démunis qui en pâtissent le plus. Le problème de la couverture des services de santé se pose avec acuité; entre 25 et 30 % de la population n'a accès à aucun service de santé, si ce n'est la médecine traditionnelle. La situation en Colombie illustre parfaitement ce qu'ont dit le Directeur général et le Directeur régional pour les Amériques à propos des rapports directs entre les problèmes économiques et le bien-être des hommes.

Le Dr NTABA tient à féliciter tous les Directeurs régionaux de leurs rapports exhaustifs. Il est encourageant pour tous ceux qui travaillent à l'OMS de constater qu'en dépit des formidables problèmes que posent la santé et le développement et des redoutables obstacles économiques, de remarquables progrès ont été accomplis. L'énergie et la persévérance des Directeurs régionaux dans la gestion quotidienne des affaires régionales doivent être tout particulièrement louées. On peut penser que des rapports destinés à mettre en avant les faits importants soulignent nécessairement les principaux succès au lieu de s'arrêter sur les échecs ou les insuffisances inévitables. Sans vouloir critiquer les réalisations du mouvement de la santé pour tous, le Dr Ntaba pense qu'il serait tout aussi

utile pour l'OMS que les rapports soulignent également les principales lacunes. Certaines d'entre elles ont d'ailleurs déjà été évoquées par des intervenants : l'absence de référence à une croissance démographique supportable et la question du financement de la santé. Ces questions revêtent une importance cruciale, en particulier pour les pays en développement. On peut aisément concevoir qu'elles n'ont pas été mentionnées parce que de nombreux pays n'ont pas fait énormément de progrès; or, l'absence de développement significatif dans ces secteurs importants a en soi une signification. Il faut porter ces problèmes à l'attention de l'OMS à tous les niveaux, pour qu'elle-même et d'autres organisations concernées puissent prendre des initiatives. De nombreux commentaires ont déjà été formulés à propos de la Région africaine, dont on connaît bien la situation critique. En particulier, il se pose des problèmes de restrictions budgétaires et de décalage entre les crédits disponibles et les besoins, malgré toutes les aides des divers donateurs. Face à d'énormes problèmes financiers, il est important de bien utiliser les ressources disponibles. Cependant, dans le cas des ressources humaines, où les problèmes sont moins contraignants, une attention spéciale doit être accordée à leur développement. Il faut se féliciter des efforts faits par le Directeur régional pour l'Afrique pour développer les ressources humaines de façon appropriée selon les grandes lignes de la Déclaration d'Edimbourg. Comme le Directeur régional l'a justement fait observer, cette dernière est pour l'enseignement médical l'équivalent de la Déclaration d'Alma-Ata. Des observations ont été faites auparavant sur les modes de gestion nécessaires pour bien mettre en oeuvre les programmes de soins de santé primaires. Il faut former des gestionnaires des SSP qui aient les compétences et les connaissances requises pour intégrer les divers programmes de SSP. Il serait intéressant d'avoir d'autres précisions à propos des paragraphes 61 à 69 du rapport du Directeur régional pour l'Afrique. Il serait en particulier utile de savoir comment l'OMS et la communauté des bailleurs de fonds pourraient aider à développer les ressources humaines pour la santé - une initiative particulièrement intéressante. Les moyens financiers sont limités et, si l'on ne développe pas les ressources humaines de façon à utiliser ces moyens limités, la Région ne fera que perdre du terrain.

M. SRINIVASAN se félicite des rapports des Directeurs régionaux et accueille avec satisfaction la déclaration du Directeur général concernant les cinq domaines qui seront privilégiés. Si certains succès ont été enregistrés, il reste bon nombre de problèmes. En matière d'environnement et de santé, il ne faut pas s'arrêter uniquement sur les facteurs globaux comme l'effet de serre et les aspects écologiques, mais il faut aussi songer à tout le travail de fond qu'il reste à faire après dix années d'efforts consacrés à améliorer l'assainissement et l'approvisionnement en eau potable. L'OMS doit continuer à encourager le développement sanitaire dans l'optique de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. D'après son expérience personnelle, M. Srinivasan sait que les aspects Technique et Investissements de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sont les seuls à retenir l'attention et on ne fait pas vraiment ressortir les rapports entre eau potable, assainissement et santé. Il appartient à l'OMS de montrer clairement ces rapports. Les efforts de l'Organisation pour fixer des indicateurs sanitaires concernant les niveaux de qualité acceptables pour l'eau et l'assainissement constitueront un grand pas en avant. La consultation qui doit avoir lieu en Inde l'an prochain avec la participation de diverses organisations du système des Nations Unies sera l'occasion de réaffirmer cette préoccupation.

Les retombées négatives de la situation économique internationale se font sentir sur les budgets nationaux, ce qui pénalise les secteurs qui s'occupent du développement social et, en fin de compte, le secteur de la santé. Ce sont souvent la santé et l'éducation qui en pâtissent. L'OMS doit chercher des occasions d'encourager l'affectation de ressources plus importantes à la fois à la santé et à l'éducation. On pourrait confier au Secrétariat le soin d'examiner les modalités d'une telle démarche, compte tenu de toutes les initiatives éventuellement prises. L'un des buts de l'instauration de la santé pour tous était de consacrer 5 % du PNB à la santé. Or, on en est loin. Il faut donc privilégier l'utilisation rentable des ressources existantes. Bien souvent, les autorités nationales ne comprennent pas que cela coûte cher de gérer un système de soins de santé primaires de bonne qualité. On sous-estime constamment les coûts de fonctionnement et les coûts "liés à la qualité". Quelques progrès ont été réalisés en vue de la santé pour tous mais le bilan n'est pas des plus positifs. Dans bien des cas, le manque de ressources au premier niveau d'orientation-recours a fait obstacle à l'efficacité du système de soins de santé primaires. Dans son action en faveur de la promotion des SSP, l'OMS devrait, à tout le moins, faire cause commune avec ce premier niveau. La concurrence entre les différents niveaux de soins

peut entraîner des gaspillages. C'est là une question qu'il faut étudier au plan régional. On ne s'est pas assez intéressé à l'entraide communautaire, que ce soit pour le recouvrement des coûts ou pour l'adoption de modes de vie et d'habitudes alimentaires favorables à la santé. L'exception la plus notable dans ce domaine est bien sûr l'allaitement au sein. Dans des Régions comme l'Afrique et l'Asie, il y a certainement de nombreuses traditions et pratiques de santé locales, fondées sur une remarquable connaissance des équilibres écologiques, à découvrir et à encourager plus activement. L'entraide communautaire a toujours joué un rôle important dans le maintien de la santé, mais malheureusement la santé devient de plus en plus une responsabilité du secteur public. L'OMS devrait encourager la survivance des traditions sanitaires locales, qu'il faudrait qualifier d'un terme plus neutre que celui de "médecine traditionnelle".

A propos de ce qui a été dit des femmes, qui doivent être au coeur même du processus de développement dans la plupart des pays du tiers-monde, M. Srinivasan pense que l'OMS a un rôle à jouer; elle doit notamment chercher à conférer aux femmes une certaine maîtrise sociale quant à l'implantation des ressources pour l'approvisionnement en eau potable, l'élimination des eaux usées et l'approvisionnement en combustible. Ces trois facteurs conditionnent la vie des femmes et leur santé et, compte tenu de la sérieuse dégradation de la situation de l'approvisionnement en eau et l'évacuation des eaux usées dans la plus grande partie du monde en développement, l'OMS et d'autres organisations devraient agir dès à présent.

Il ne faut pas hésiter à réaffirmer que le paludisme est un fléau compte tenu de l'ampleur de la maladie et de ses effets sur la productivité. C'est un problème qui déborde les frontières nationales et il faut continuer de consacrer des ressources aux opérations antivectorielles, aux études entomologiques, etc. Compte tenu de ce qu'il sait, M. Srinivasan considère qu'il serait très utile aux autorités nationales que l'OMS donne des directives claires sur les stratégies de lutte contre la maladie, notamment concernant les insecticides et les médicaments. Evoquant les épidémies localisées de méningite cérébrospinale qui se sont produites en Inde centrale, M. Srinivasan souligne que les recherches sur la maladie doivent se poursuivre, avec des crédits supplémentaires si nécessaire.

Etant donné les nombreux maillons de la chaîne qui séparent la production des vaccins de leur administration, on peut dire que la première étape du programme élargi de vaccination a été relativement couronnée de succès. Il faut toutefois faire preuve de prudence. Le maintien du programme dans le temps - essentiellement pour arriver à vacciner tous les nourrissons - grèvera sérieusement les ressources. Aussi utile que soit le programme, il suppose que l'on s'engage à fournir des moyens financiers sur une base continue.

La séance est levée à 12 h 40.

- - -