



CONSEIL EXECUTIF
Quatre-vingt-onzième session

Point 5 de l'ordre du jour provisoire

**RAPPORTS DES DIRECTEURS REGIONAUX SUR TOUS FAITS NOTABLES
SUR LE PLAN REGIONAL, Y COMPRIS DES QUESTIONS INTERESSANT
LES COMITES REGIONAUX**

Rapport du Directeur régional pour les Amériques

Le Directeur général a l'honneur de présenter au Conseil exécutif un rapport du Directeur régional pour les Amériques qui met en relief les faits notables survenus dans la Région en 1992, parmi lesquels des questions évoquées à la quarante-quatrième session du Comité régional/XXXVI^e réunion du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Si les membres du Conseil désirent consulter le rapport complet de la réunion, il est à leur disposition dans la salle du Conseil exécutif.

RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL POUR LES AMERIQUES SUR TOUS FAITS NOTABLES SUR LE PLAN REGIONAL, Y COMPRIS DES QUESTIONS INTERESSANT LE COMITE REGIONAL

INTRODUCTION

1. D'après les informations fournies par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), en 1991 les économies de la Région ont montré des signes d'amélioration pour la première fois en quatre ans. Cette croissance s'est nourrie de tendances favorables, notamment une diminution du taux d'inflation, un léger allègement du service de la dette extérieure et un afflux de capitaux à la suite de la baisse des taux d'intérêt au niveau international.
2. Le contexte économique nouveau de la Région se caractérise dans l'ensemble par la croissance des exportations, la libéralisation du commerce, une plus grande austérité fiscale, une gestion plus prudente de la politique monétaire et un refus plus marqué de la régulation de l'activité économique par l'Etat. Toutefois, ces politiques nouvelles ont incontestablement entraîné des disparités de revenus plus grandes encore, une situation de l'emploi plus précaire, un environnement fiscal plus restreint et moins de liberté que par le passé dans la mise en oeuvre de la politique économique.
3. De plus, toujours d'après la CEPALC, les processus d'intégration économique sous-régionaux dans les Amériques subissent une évolution extraordinaire qui contraste fortement avec la lenteur des progrès des décennies précédentes. Non seulement ces processus ont connu une accélération depuis 1991, mais beaucoup d'entre eux ont transcendé les frontières géographiques habituelles. En plus des pactes ou accords conclus entre pays voisins, on a assisté à une prolifération d'initiatives de ce type entre pays éloignés les uns des autres et à une tendance à déborder le cadre des groupements traditionnels de libre-échange. Après la création du MERCOSUR, qui regroupe l'Argentine, le Brésil, le Paraguay et l'Uruguay, l'Argentine et le Chili envisagent de créer une zone économique commune en 1995. De leur côté, la Colombie, le Mexique et le Venezuela ont formé un "groupe des trois" avec pour objectif la création d'un marché commun d'ici 1995. En 1992, le Canada, les États-Unis d'Amérique et le Mexique ont entamé les démarches nécessaires à la signature d'un accord de libre-échange. Des initiatives semblables ont été prises par les pays andins et en Amérique centrale à la suite de la signature de l'Accord de Cartagène et des accords d'Esquipulas.
4. En 1992, l'Organisation des Nations Unies estimait la population des Amériques à 741 millions, dont 283 millions en Amérique du Nord, 304 millions en Amérique du Sud, 119 millions en Amérique centrale et 35 millions dans les Caraïbes. D'après les indicateurs démographiques pour la période 1990-1995, la croissance démographique devrait être plus faible que prévu. Depuis quelques années, la baisse de la mortalité s'accompagne d'un déclin de la fécondité, ce qui confirme que les taux de natalité ne diminueront pas aussi longtemps que persistera une mortalité élevée. Bien que l'on ait peu de données sur la mortalité pour 1992, les renseignements pour 1988 et après paraissent indiquer que la tendance à un déclin généralisé s'est maintenue, bien qu'à un rythme plus faible que les années précédentes.
5. En résumé, l'évolution des principales variables démographiques reflète une baisse de la fécondité (bien qu'elle ait augmenté aux États-Unis d'Amérique), surtout dans les pays où elle était élevée; une diminution plus lente de la mortalité; et un flux migratoire important vers d'autres pays, notamment les États-Unis d'Amérique.
6. En matière de **lutte contre la maladie**, les pays de la Région observent une évolution des profils de la mortalité et une augmentation régulière de l'importance des maladies cardio-vasculaires, des tumeurs et d'autres maladies chroniques dégénératives avec, en toile de fond, une mortalité globale en baisse et une augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Dans plusieurs pays, le nombre des morts violentes, et notamment des homicides, a augmenté de façon alarmante. L'incidence de diverses maladies infectieuses a également augmenté au cours des quatre dernières années, bien qu'il y ait eu relativement peu de décès. Pour la première fois depuis le début du siècle, une épidémie de choléra a éclaté dans la Région des Amériques (voir le paragraphe 11); la pandémie de SIDA persiste (voir le paragraphe 12) et d'autres maladies sexuellement transmissibles sont en augmentation, en particulier aux États-Unis d'Amérique; il y a eu une montée de la tuberculose pulmonaire, notamment en association avec l'infection due au virus de

l'immunodéficience humaine (VIH); 95 millions de personnes, soit un cinquième de la population, sont exposées au risque d'être infectées par *Trypanosoma cruzi*; et la fièvre jaune continue de montrer des signes d'activité. Il convient cependant de noter que le choléra et les autres maladies infectieuses ont surtout frappé les groupes les plus pauvres qui ont un accès très limité aux services de santé de base. La situation des maladies évitables par la vaccination, y compris la rougeole et la poliomyélite, fait apparaître d'énormes disparités (voir le paragraphe 13). La résurgence du paludisme et la détérioration continue de la situation de la dengue posent de graves problèmes. En 1990, l'OPS/OMS a estimé à 278 millions le nombre de personnes qui vivent dans des zones impaludées avec un taux de morbidité de 150 pour 100 000, ce qui représente un accroissement sensible par rapport au taux de 49 pour 100 000 enregistré en 1974. Le nombre des cas est actuellement estimé à plus d'un million par an. Des cas de fièvre hémorragique dengue continuent d'être notifiés au Brésil, en Colombie, au El Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Mexique et au Venezuela.

DEVELOPPEMENT DU PROGRAMME DE COOPERATION TECHNIQUE DE L'OPS/OMS

7. La stagnation économique des années 80 a entraîné une réduction marquée des investissements publics et privés en Amérique latine et dans les Caraïbes et, de ce fait, d'importants déficits du point de vue de l'approvisionnement public en eau, de l'assainissement de base, et du remplacement et de l'entretien des équipements et des locaux des services de santé. Ainsi, quelque 130 millions de personnes à l'heure actuelle n'ont pas accès à de l'eau de boisson saine, 150 millions n'ont pas d'accès permanent aux services de santé et 300 millions évacuent des déchets non traités dans des cours d'eau utilisés pour l'approvisionnement public en eau et l'irrigation. Ces déficiences sont mises au grand jour par des poussées virulentes de maladies comme l'épidémie de choléra (voir le paragraphe 11). Une autre source d'inquiétude est l'incidence élevée d'autres maladies diarrhéiques qui, chaque année, tuent environ 150 000 enfants de moins de cinq ans.

8. Afin de redresser cette situation de véritable désastre sanitaire et social, une stratégie s'impose qui comporte des interventions à court terme et à long terme. A court terme, l'Organisation a pris plusieurs mesures d'urgence dans des domaines comme les soins médicaux, l'information du public, la protection des denrées alimentaires et la désinfection de l'eau pour la consommation humaine. A long terme, elle a planifié des activités destinées à combler progressivement les énormes lacunes de l'infrastructure des services de santé, des approvisionnements en eau et de l'assainissement de base.

9. Ainsi, conformément aux mandats qui lui ont été confiés par le Conseil directeur de l'OPS et le Premier Sommet ibéro-américain des chefs d'Etat et de gouvernement, l'OPS/OMS a mis au point un **plan régional d'investissement en faveur de l'environnement et de la santé** et élaboré des stratégies pour sa mise en oeuvre dans chacun des pays participants et au niveau régional. Ce plan, qui définit les modalités de la création d'un fonds multilatéral pour l'exécution d'activités de préinvestissement, prévoit la mobilisation de quelque US \$216 milliards sur une période de douze ans, dont 70 % seraient financés par des sources nationales et 30 % par des contributions extérieures. Pour créer ce fonds de préinvestissement, il est proposé de mobiliser US \$20 millions pendant les trois premières années du plan afin de développer les capacités institutionnelles, techniques et humaines requises pour la production des propositions et des données sur la base desquelles sera négociée l'obtention de crédits d'investissement.

10. L'OPS/OMS a continué d'exécuter plusieurs activités pour le renforcement et le développement de **systèmes de santé locaux** considérés comme apportant une réponse valable à la nécessité d'adapter les services de santé compte tenu, d'une part, des restrictions croissantes imposées par la crise économique et, d'autre part, de la tendance à la démocratisation qui oblige à multiplier les occasions de participation sociale. L'Organisation a fourni des efforts accrus pour veiller à ce que, dans le processus de réorganisation du secteur de la santé par la mise en place de systèmes de santé locaux, l'aide extérieure, d'une part, les ressources et les mesures prises, d'autre part, soient axées sur les groupes de population à haut risque. Il en est résulté une meilleure couverture fonctionnelle, une focalisation renforcée des mesures prises par le secteur de la santé et une plus grande équité dans la distribution et l'accessibilité des services de santé. Dans le cadre de la décentralisation et du développement local, des mesures ont été prises pour intégrer les programmes, l'accent étant mis sur la promotion de la santé et la protection de l'environnement. La stratégie des systèmes de santé locaux est ainsi mise en oeuvre par l'extension de la couverture et l'élaboration de modèles de soins favorisant des "communautés saines".

11. Après que les premiers cas de **choléra** aient été dépistés au Pérou en janvier 1991, lors de la première poussée de ce type observée depuis le début du siècle, la maladie s'est propagée à 14 autres pays avant la fin

de l'année, faisant au total 391 219 cas notifiés et 4002 décès. La maladie s'est étendue dans une zone allant du Mexique au Chili et de la côte pacifique du Pérou à la côte atlantique du Brésil. A la mi-septembre 1992, le choléra avait frappé 19 pays, dont 4 qui n'avaient pas été infectés en 1991, et avait provoqué 281 917 cas et 1819 décès de plus que l'année précédente. Des poussées graves ont été observées dans tous les pays touchés pendant plusieurs semaines en 1992, et 11 des 15 pays infectés en 1991 ont notifié davantage de cas en septembre 1992 qu'en 1991. L'Equateur et le Pérou ont continué de signaler les taux d'incidence les plus élevés, suivis de la Bolivie et du El Salvador. Fort heureusement, le taux de létalité est tombé à 0,7 %, soit au-dessous du taux de 1 % observé en 1991. L'Organisation a continué de promouvoir et de mettre en oeuvre des plans nationaux de prévention et de lutte par l'intermédiaire de ses représentants dans les pays et de ses centres et programmes régionaux. La coopération technique a été axée sur la prise en charge adéquate des cas, la surveillance, la recherche, l'approvisionnement en eau de boisson, l'évacuation des excréta dans les endroits les plus exposés, une formation de base aux techniques de manipulation et de conservation des denrées alimentaires, l'éducation pour la santé et l'information du public. Le faible taux de létalité, l'arrêt de la propagation de la maladie et la diminution du nombre des cas notifiés d'autres maladies diarrhéiques, notamment chez les enfants, suggèrent que les mesures prises aux niveaux national et régional ont été efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité dues à cette maladie. L'Organisation a mobilisé plus de US \$21 millions pour combattre le choléra, et elle continue d'aider les Etats Membres à obtenir des ressources supplémentaires.

12. Le SIDA continue de faire des ravages partout dans le monde. Aux Amériques, la situation continue d'empirer, et le nombre des adultes infectés par le VIH est estimé à quelque 2,2 millions. A mesure qu'augmente le nombre des personnes infectées qui présentent des symptômes, les services sociaux et médicaux auront de plus en plus de difficulté à répondre aux demandes. En revanche, il apparaît qu'il est possible d'obtenir des changements de comportement bénéfiques pour la santé et que des interventions précises axées sur les groupes à haut risque permettent de réduire la transmission du VIH. Pour combattre cette terrible maladie et renforcer les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, le programme de l'OPS/OMS a continué d'appliquer des stratégies comportant la surveillance régionale, la promotion de la recherche, la diffusion d'informations, la coopération technique directe, la mobilisation de ressources, la formation de personnel et la coordination internationale. Un montant total de US \$6,6 millions a été acheminé par l'intermédiaire de l'OPS/OMS pour soutenir l'exécution des activités du programme de lutte contre le SIDA au niveau national.

13. En grande partie grâce au **programme élargi de vaccination**, la poliomyélite est sur le point d'être éradiquée dans les Amériques. Pour la première fois dans l'histoire de l'hémisphère occidental, plus d'une année est passée sans qu'ait été signalé un seul cas dû au poliovirus sauvage. Ce succès est à porter au crédit des agents de santé dans les différents pays, dont le dévouement et les efforts constants ont accru le prestige du secteur de la santé. Néanmoins, malgré les résultats obtenus jusqu'ici, des efforts plus grands devront encore être fournis au cours de la phase finale (la plus difficile) pour obtenir l'éradication définitive de la poliomyélite. Dans le domaine des maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination, l'OPS/OMS a marqué des progrès extraordinaires dans la campagne de lutte contre la rougeole au cours de laquelle le Canada, Cuba et les pays anglophones des Caraïbes ont donné un bon exemple. Le Brésil a entrepris une campagne de vaccination de masse dont les résultats, du point de vue de la diminution de l'incidence et de la prévalence, sont attendus avec beaucoup d'intérêt. L'Argentine et le Chili se préparent à faire de même et l'Amérique centrale probablement aussi, dans un proche avenir. Un taux de couverture sans précédent de plus de 75 % a été atteint pour tous les vaccins utilisés (DTC, poliomyélite, rougeole et BCG, et anatoxine tétanique). Un effort important a été consenti pour garantir l'autosuffisance de la Région en matière de production et de contrôle de la qualité des vaccins, et plusieurs initiatives nouvelles ont été lancées dans le but de mieux comprendre l'épidémiologie de la coqueluche dans les Amériques et de définir, entre autres, des stratégies pour combattre l'hépatite B et la rubéole.

14. Dans le domaine de **la santé et de l'environnement**, l'OPS/OMS a travaillé activement avec les pays de la Région pour que soient correctement pris en compte les problèmes d'environnement dans les documents officiels des différentes délégations présentés à la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED) à Rio de Janeiro, en juin 1992. Après la Conférence, l'OPS/OMS a analysé ses incidences pour le secteur de la santé et défini sur ces bases des lignes d'action pour la Région. Dans le cadre des activités de suivi de la Conférence au niveau régional, une première conférence centraméricaine sur l'écologie et la santé a été convoquée au El Salvador au mois de septembre. Les participants se sont entendus sur un programme commun d'action visant à promouvoir la salubrité de l'environnement avec la participation

des principales instances publiques et non gouvernementales qui s'occupent d'environnement, ainsi que des ministères de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et de l'environnement.

15. Dans le cadre des **initiatives** exécutées en 1992, l'OPS/OMS a continué de promouvoir et de soutenir une coopération sous-régionale et technique dans les pays des Caraïbes, d'Amérique centrale, de la région andine et de la pointe méridionale du continent. De plus, l'OPS/OMS a participé à l'Exposition universelle de Séville (EXPO 92), avec la Banque interaméricaine de Développement, l'Organisation des Etats américains et l'Institut interaméricain pour la Coopération en Agriculture. Grâce à cet effort commun du système interaméricain, les quelque 30 millions de visiteurs de l'EXPO 92 ont pu s'informer sur les grands problèmes des Amériques et sur les mesures qui ont été prises pour mieux armer les pays face à ces problèmes. Pendant l'Exposition (du 7 au 9 septembre), l'OPS/OMS a convoqué, avec le Gouvernement espagnol, une réunion de différents experts d'Europe et des Amériques qui se sont entretenus des programmes pour des villes saines.

16. Il est maintenant reconnu que la santé est une responsabilité qui incombe à l'individu, à la famille et à la communauté et que les **communications sociales** offrent les moyens d'assumer cette responsabilité. En conséquence, l'OPS/OMS a continué de promouvoir un large éventail d'activités pour donner aux communications sociales un rôle important dans la transformation des systèmes nationaux de santé, puisque c'est par l'acquisition de connaissances que la communauté se dotera des moyens d'examiner et de reconnaître ses besoins, d'établir des priorités, de prévoir la mise en place et le financement des services dont elle a besoin pour protéger sa santé et l'environnement et de bien utiliser les services de santé existants.

17. Consciente de ce que la consolidation de la démocratie dans la Région offre des possibilités nouvelles de renforcer la législation sanitaire, l'OPS/OMS a développé ses capacités de réflexion et d'action sur la relation entre **santé et développement**. Pour cela, elle a travaillé dans les pays avec des organes législatifs; les autorités responsables de l'économie et de la planification; les organismes de sécurité sociale; des centres de formation et de recherche en sciences sociales, en économie, en planification et en législation; et des organisations de travailleurs. Elle a également noué des relations de travail avec les principaux centres spécialisés dans des disciplines connexes et avec d'autres organisations et institutions internationales.

QUESTIONS EXAMINEES PAR LE COMITE REGIONAL

18. La XXXVI^e réunion du Conseil directeur de l'OPS, quarante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, s'est tenue à Washington, D.C., du 21 au 25 septembre 1992. Le Comité régional a adopté vingt-deux résolutions. Celles qui présentent un intérêt particulier pour le Conseil exécutif sont résumées ci-dessous.

19. **Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Admission, droits et obligations** (résolution II). Le Comité a adopté une procédure pour l'admission à la qualité de Membres associés de l'Organisation de territoires ou groupes de territoires de la Région dont les relations internationales sont régies par des Etats Membres dont les gouvernements siègent dans la Région ou hors de la Région.

20. **Admission du Commonwealth de Porto Rico à la qualité de Membre associé de l'Organisation panaméricaine de la Santé** (résolution III). Le Comité a admis Porto Rico à la qualité de Membre associé de l'OPS, avec effet immédiat, conformément aux dispositions de la résolution II mentionnée ci-dessus.

21. **Projet provisoire du budget programme de la Région des Amériques pour l'exercice 1994-1995** (résolution IV). Le Comité a prié le Directeur régional pour les Amériques de soumettre au Directeur général de l'OMS un montant révisé de US \$80 070 000 pour la Région des Amériques pour l'exercice 1994-1995, afin que cette demande soit examinée par le Conseil exécutif et par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1993.

22. **Mise en oeuvre du programme élargi de vaccination et du plan d'action pour l'interruption de la transmission indigène du poliovirus sauvage dans les Amériques** (résolution VII). Après avoir examiné le rapport présenté par l'Organisation, le Comité a félicité tous les Etats Membres et toutes les personnes intéressées, en particulier les agents de santé, pour leur engagement et leurs efforts continus; il a pris acte du soutien continu de la United States Agency for International Development, de l'UNICEF, de la Banque interaméricaine de Développement, de l'Association canadienne pour la Santé publique et de l'OPS/OMS, et a

demandé instamment aux Etats Membres et au Directeur du Bureau sanitaire panaméricain de continuer à donner la priorité voulue au programme élargi de vaccination.

23. **Rapport sur la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement et sur ses incidences pour l'action de l'Organisation panaméricaine de la Santé (résolution XIII).** Reconnaissant qu'il est nécessaire que le secteur de la santé prenne une part active aux processus de discussion et de prise des décisions concernant les projets de développement mis en oeuvre dans les pays, et répondant à une suggestion de la Conférence selon laquelle les activités de protection et de promotion de la santé devraient être coordonnées par un organisme international qualifié tel que l'OPS/OMS, le Comité a instamment prié les gouvernements de renforcer les capacités techniques, administratives et gestionnaires des institutions nationales et locales chargées de la salubrité de l'environnement et de faciliter la création, à un niveau élevé, d'une commission chargée de coordonner les activités dans ce domaine. En outre, il a demandé au Directeur de faire en sorte que l'Organisation soutienne les efforts fournis par les pays et envisage la possibilité de convoquer une conférence panaméricaine sur la santé, l'environnement et le développement à l'intention de représentants des secteurs de la santé, des travaux publics et de l'environnement.

24. **Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (résolution XIV).** Le Comité a adopté les nouvelles stratégies et priorités du programme mondial de lutte contre le SIDA pour les Amériques, l'accent étant mis en particulier sur les effets de la maladie sur les populations de femmes, d'adolescents et d'enfants, sur les soins aux malades présentant une infection par le VIH/SIDA et sur une intégration plus poussée des activités avec d'autres programmes nationaux d'action sanitaire, de protection sociale et de développement économique. Il a demandé instamment aux Etats Membres d'intensifier les activités nationales de prévention du SIDA et a prié les organismes bilatéraux et multilatéraux, ainsi que les organisations non gouvernementales et volontaires concernées, de fournir une aide et une attention accrues pour la lutte mondiale contre l'infection à VIH/SIDA. Le Comité a prié en outre le Directeur de promouvoir une approche interprogrammatique et interinstitutions dans les Amériques, conformément à la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA et en coopération étroite avec d'autres institutions des Nations Unies.

25. **Plan d'action pour l'élimination de la lèpre dans les Amériques (résolution XV).** Considérant le mandat défini par la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé et reconnaissant que plusieurs Etats Membres sont sur le point d'atteindre l'objectif fixé pour l'an 2000, le Comité a approuvé le plan d'action pour l'élimination de cette maladie en tant que problème de santé publique dans les Amériques.

26. **Plan d'action pour l'élimination de l'avitaminose A dans les Amériques (résolution XVI).** Le Comité a approuvé le plan d'action et prié instamment les Etats Membres de formuler des plans nationaux qui comportent des politiques et des programmes pour l'élimination de l'avitaminose A en tant que problème de santé publique d'ici l'an 2000. Il a de plus demandé à l'OPS/OMS d'assurer la coopération technique nécessaire au renforcement des capacités des pays, de promouvoir la mobilisation de ressources nationales et extérieures et d'encourager la coopération entre des pays et des organismes bilatéraux et internationaux.

27. **Plan régional d'investissement en faveur de l'environnement et de la santé (résolution XVII).** Le Comité a approuvé le plan régional et l'a adopté comme cadre de référence pour les investissements qui devront être consentis au cours des douze années à venir dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, tant pour combler les lacunes existantes dans les domaines de l'environnement et de la santé que pour faire face aux besoins croissants d'une population en pleine expansion. Il a prié les gouvernements de formuler des plans nationaux d'investissement devant conduire à une profonde transformation des secteurs de l'environnement et de la santé pendant cette période. Enfin, il a prié le Directeur de prendre les mesures nécessaires à la mise en oeuvre des stratégies d'exécution du plan, d'encourager les organismes bilatéraux et multilatéraux de prêt à adopter le plan comme mécanisme d'action coordonnée dans les domaines de l'environnement et de la santé, et d'assurer et de superviser l'administration d'un fonds multilatéral pour des activités de préinvestissement dans ces domaines.

28. **La santé des adolescents (résolution XVIII).** Le Comité, considérant les décisions prises à ce sujet par le Sommet mondial pour l'enfance de 1990, la résolution adoptée par la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (WHA42.41) à l'issue des discussions techniques sur ce sujet, et en particulier la résolution XVI de la XXXV^e réunion du Conseil directeur de l'OPS (1991), et reconnaissant en outre l'importance de la santé et de l'éducation des adolescents pour l'avenir des Amériques, a approuvé un plan d'action pour le renforcement et la mise en oeuvre de programmes en faveur de la santé des adolescents.

29. **Conversion de la dette pour l'action de santé (résolution XIX).** Le Comité a demandé que les pays créditeurs, lors de la renégociation de la dette des pays en développement, étudient en priorité les possibilités de conversion de la dette en ressources destinées à financer des programmes de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement et de protection de l'environnement. Il a instamment prié les pays débiteurs de donner la priorité à de tels programmes lors des opérations de conversion de leur dette extérieure en ressources pour le financement de projets sur leurs territoires, et il a demandé au Directeur de poursuivre les efforts fournis pour aider les Etats Membres à explorer d'autres possibilités pour le financement de leurs programmes de santé et d'environnement, par la conversion, non seulement de leurs dettes commerciales, mais aussi de leurs dettes publiques.

30. **Santé et tourisme (résolution XX).** Le Comité, reconnaissant l'importance grandissante du tourisme pour la croissance économique des pays des Amériques, a approuvé les propositions de coopération technique présentées par l'OPS/OMS et prié instamment les Etats Membres d'explorer les possibilités d'interaction entre la santé et le tourisme dans le contexte de la santé et du développement.

31. **Santé des travailleurs (résolution XXII).** Considérant le grand nombre de personnes en âge de travailler qui, en raison de facteurs de risque sur les lieux de travail, présentent des troubles de santé qui pourraient être évités, le taux de couverture insuffisant des services de santé des travailleurs, en particulier en matière de prévention, et l'impact économique et social positif des actions de promotion et de protection de la santé et de prévention des facteurs de risque sur les lieux de travail, le Comité a appuyé la déclaration sur la santé des travailleurs et le plan d'action recommandé par la Commission organisatrice conformément aux principes directeurs de l'initiative "année de la santé des travailleurs" énoncés dans la résolution XIV de la XXIII^e Conférence sanitaire panaméricaine. En outre, il a instamment prié les Etats Membres de recenser et de mobiliser des ressources en faveur de la santé des travailleurs dans le cadre de leurs plans nationaux. Il a prié le Directeur, compte tenu des ressources disponibles, de continuer à coopérer avec les gouvernements qui demandent une aide dans ce domaine et de conserver à la Commission organisatrice son rôle consultatif auprès du programme de santé des travailleurs. Enfin, il a prié le Directeur de présenter, à partir de 1993 puis tous les deux ans, un rapport sur la situation sanitaire des travailleurs aux réunions des organes directeurs de l'Organisation.

PERSPECTIVES D'AVENIR

32. Bien qu'il soit largement admis que la santé et le développement sont inextricablement liés dans le monde d'aujourd'hui, la capacité politique du secteur de la santé reste extrêmement limitée. Il est donc capital que l'Organisation puisse assumer un rôle de "leadership" sans s'enliser dans des tâches secondaires de routine; elle doit au contraire être libre de remplir sa fonction essentielle de coordination de l'action de tous ceux qui s'occupent de santé, le but étant de garantir l'accès de tous aux services de santé et une répartition équitable des bienfaits du développement du monde civilisé. Dans ce contexte, l'OPS/OMS a un rôle fondamental à jouer en renforçant les institutions du secteur de la santé dans chaque pays pour assurer le bien-être de la population des Amériques.

= = =