



PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA NEUVIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève  
Samedi 19 mai 1973, à 9 h.30

PRESIDENT : Dr S. PHONG AKSARA (Thaïlande)



Sommaire

Pages

1. Examen détaillé du projet de programme et de budget pour 1974 (suite)

Programme d'exécution - Siège (suite)

Coordination .....	2
Interprétation .....	2
Services communs .....	2
Autres dépenses .....	2
Bureaux régionaux .....	2

Activités régionales :

Afrique .....	2
Les Amériques .....	3
Asie du Sud-Est .....	7
Europe .....	9
Méditerranée orientale .....	13

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Rédacteur en chef, service d'Édition-Rédaction, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, avant le 16 juillet 1973.

1. EXAMEN DETAILLE DU PROJET DE PROGRAMME ET DE BUDGET POUR 1974 : Point 2.2.3 de l'ordre du jour (résolution EB51.R17; Actes officiels Nos 204 et 207; documents A26/WP/2 et A26/WP/4, A26/A/Conf.Doc. N° 9) (suite de la discussion)

Programme d'exécution - Siège (suite de la discussion)

Coordination (section 9.6)

Il n'y a pas d'observations.

Interprétation (section 9.7)

Le DIRECTEUR GENERAL précise, pour répondre à une question posée lors de la huitième séance par le délégué de l'Irak à propos de l'utilisation de l'arabe à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé, que des fonds ont été prévus à cette fin dans le budget de 1974.

Services communs (section 9.8)

Autres dépenses (section 9.9)

Il n'y a pas d'observations.

Bureaux régionaux (section 10)

Le Dr DE CAIRES (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que les rôles respectifs du Siège, des bureaux régionaux et du personnel travaillant sur le terrain ont déjà fait l'objet de certaines discussions à cette Assemblée de la Santé, comme lors d'Assemblées précédentes. La délégation des Etats-Unis a procédé à une étude préliminaire de l'équilibre qui doit être assuré entre la "coordination et l'encadrement", d'une part, et "les opérations", de l'autre, en prenant pour paramètre la répartition du personnel. Bien que les besoins en matière de coordination varient considérablement suivant les programmes, on peut raisonnablement faire la distinction entre le personnel ayant manifestement des responsabilités de coordination et le personnel opérationnel. Si l'on compare le nombre de postes dans les bureaux régionaux et sur le terrain pour les trois années 1972, 1973 et 1974, on s'aperçoit que, dans toutes les Régions à l'exception de l'Europe (où les circonstances sont particulières), la proportion du personnel travaillant sur le terrain par rapport au personnel des bureaux régionaux est de 4 pour 1 - ce qui est assez frappant eu égard aux différences entre Régions au point de vue des problèmes de santé, des conditions géographiques, des communications, etc. Le dénominateur commun de cette uniformité est bien évidemment la coordination au Siège.

Lors du débat sur la régionalisation de l'Organisation, le Directeur général a mis en garde contre le danger de fractionnement des activités de l'OMS. Si l'on s'engage trop loin dans ce processus, on risque de se trouver en face d'une série d'activités régionalisées sans cohérence ou direction centrale. Le Dr de Cairès a pu constater que ce risque existait réellement; aussi tient-il à souligner la nécessité du rôle coordonnateur du Siège.

Le Dr KILGOUR (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) déclare, à propos des bourses d'études, qui font l'objet du paragraphe 70, à la page 19 des Actes officiels N° 207, que, sur un total de plus de 2000 bourses attribuées par l'OMS, près de 1000 ont été octroyées pour des études au Royaume-Uni. La délégation britannique accorde une grande importance aux bourses d'études et espère qu'à l'avenir le Royaume-Uni pourra continuer à jouer un rôle actif dans cette partie du programme de l'Organisation.

Activités régionales

Afrique

Le Dr QUENUM, Directeur régional pour l'Afrique, appelle l'attention de la Commission sur les pages 20, 21 et 22 des Actes officiels N° 207, dont il ressort clairement que les prévisions budgétaires pour la Région de l'Afrique couvrent à la fois les besoins présents et les besoins à long terme. Cinquante pour cent des prévisions sont destinés au renforcement des personnels de santé, 22 % à la formation des personnels de santé et 19,5 % à l'endiguement

et à l'éradication des maladies transmissibles. Si la proportion des montants prévus au titre de l'hygiène du milieu ne représente que 5 % du budget ordinaire, elle s'élève à 11 % si l'on tient compte de l'ensemble des fonds mis à la disposition de l'Organisation. Trois pour cent des prévisions budgétaires vont à différentes autres activités, telles que les statistiques démographiques et sanitaires, la santé mentale, l'hygiène dentaire et les substances prophylactiques et thérapeutiques.

L'évaluation des programmes en cours montre que les progrès ont été substantiels dans différents secteurs, comme le développement des personnels de santé nationaux, la couverture sanitaire de la population par le renforcement de l'infrastructure de base, la surveillance et l'endiguement des maladies transmissibles, mais ces résultats seront compromis si les ressources nationales et internationales continuent de diminuer. Ce n'est qu'au prix d'efforts soutenus et prolongés que l'Organisation pourra remplir deux de ses missions essentielles en Afrique : d'une part, aider les Etats Membres à définir les moyens les plus rationnels et les plus efficaces de développement de leurs services de santé; d'autre part, formuler des recommandations pour le développement optimal de ces services après étude de la planification, de l'organisation et du fonctionnement du système socio-économique et des services de santé.

Les prévisions budgétaires soumises pour la Région africaine représentent le minimum nécessaire pour faire face aux besoins fondamentaux de cette Région.

Le Dr ELOM (Cameroun) se réfère à la diminution de \$1 215 515 qu'accuse le budget de la Région africaine (Actes officiels N° 207, pages 20-21 paragraphe 95), du fait que les allocations du PNUD ont été réduites. Aux termes du rapport du Conseil exécutif, cette situation vient de ce que les programmes par pays n'ont pas réservé une meilleure place à la santé dans le cadre général du développement socio-économique et la responsabilité en incombe aux Etats Membres. Il est vrai que, en vertu des procédures fixées par le PNUD pour l'établissement des programmes par pays, il appartient aux Etats Membres de décider des priorités. Cependant, les administrations sanitaires nationales ne sont pas toujours bien placées pour assurer aux programmes de santé une place prioritaire, que leur disputent d'autres programmes de développement socio-économique. Aussi, le Dr Elom se demande-t-il si l'OMS ne pourrait pas étudier de façon approfondie avec le PNUD la possibilité d'établir des programmes de santé coordonnés, dont les Etats Membres pourraient alors tenir compte pour l'élaboration de leurs programmes généraux.

Le Dr Elom fait observer que les Représentants résidents du PNUD et les représentants de l'OMS dans la Région africaine doivent collaborer plus étroitement.

Le Dr LEKIE (Zaire) expose, à propos du projet Zaire 1801 (Eradication de la variole) décrit à la page 171 des Actes officiels N° 204, que son gouvernement a demandé cinq administrateurs techniques alors que quatre seulement ont été prévus et il note que, dans le budget de 1974, ils ne sont toujours que quatre. Le projet, qui concernait à l'origine l'éradication de la variole et la lutte antituberculeuse, a été développé depuis lors : désormais le personnel de surveillance s'occupera aussi de la fièvre jaune, du choléra et d'autres maladies.

Le Gouvernement du Zaire a accepté, il y a deux ans, sur la demande du Bureau régional, d'envoyer l'un des administrateurs techniques au Botswana, en raison de problèmes urgents qui avaient surgi dans le pays; cependant, s'il l'a fait c'est parce qu'il était entendu qu'il ne s'agissait que d'un transfert temporaire. C'est pourquoi le Dr Lekie aimerait que l'on maintienne à cinq le nombre des administrateurs techniques chargés des opérations du projet Zaire 1801.

Le Dr QUENUM, Directeur régional pour l'Afrique, souligne que le Bureau régional collabore toujours étroitement avec le PNUD pour la programmation par pays, mais que le rôle coordonnateur essentiel revient aux Etats Membres, qui décident eux-mêmes du degré de priorité qu'il faut accorder à la santé dans l'ensemble de la planification socio-économique.

Le Dr Quenum a pris note des remarques du délégué du Zaire.

### Les Amériques

Le Dr HORWITZ, Directeur régional pour les Amériques, mentionne qu'il a fait rapport à la cinquante-et-unième session du Conseil exécutif sur le plan décennal de santé pour les Amériques concernant la période 1971-1980; ce plan a été établi en octobre 1972 par la Troisième Réunion spéciale des Ministres de la Santé des Amériques dans le cadre de la stratégie internationale du développement. Se fondant sur l'expérience acquise au cours des dix dernières

années, ce plan indique les problèmes les plus fréquents qui se poseront pendant la décennie, fixe des objectifs et des méthodes pour l'ensemble de l'hémisphère et détermine les moyens de parvenir au résultat cherché. Il suffit de rappeler que 40 % de la population n'ont pas accès aux services de santé - même les plus élémentaires - pour prendre conscience du problème qu'ont en commun les pays des Amériques. La solution réside dans le développement de ces services, pour autant que les conditions géographiques, les ressources humaines, et les impératifs budgétaires le permettent. Cette situation affecte 105 millions d'habitants, chiffre qui passera à 120 d'ici 1980. Cependant, donner à ces gens ce à quoi ils ont droit en matière de prévention et de traitement des maladies courantes ne signifie pas qu'il faille réduire, sur le plan quantitatif ou qualitatif, les services assurés aux 180 millions de personnes qui bénéficient aujourd'hui de soins médicaux.

Dans le cadre du processus de planification, les gouvernements formulent maintenant leur objectifs nationaux dans une perspective régionale. Le principe de base est le suivant : dans la mesure où l'on développe les services locaux, il sera possible de prendre des mesures en vue de réduire l'incidence des problèmes prioritaires. En fait, les ministres ont convenu d'une stratégie rurale fondée sur la présence d'auxiliaires de santé issus, chaque fois que possible, de l'endroit où ils travaillent, encadrés, lorsque les conditions le permettent, par du personnel infirmier de niveau professionnel, ces auxiliaires s'appuyant, pour l'expansion des activités, sur la participation organisée de la collectivité. De plus, la formation d'aides soignants permettra d'améliorer la couverture des services de santé. Ce tableau est complété par ce que l'on appelle un "internat rural" d'une ou deux années, qui sera exigé des étudiants ayant obtenu un diplôme dans les sciences de la santé avant qu'ils puissent librement exercer.

Le Dr Horwitz fait observer que, dans divers pays de la Région, la participation de la collectivité s'affirme actuellement, ce qui ne peut que se répercuter favorablement sur l'exécution de toute une série d'activités sanitaires. Tout le monde s'accorde à penser qu'il est important de développer cette participation et d'intégrer progressivement les notabilités et les membres des groupes urbains et ruraux dans toutes les étapes de l'action sanitaire - depuis la planification jusqu'à l'exécution des programmes. Dans certains cas - et l'approvisionnement en eau des zones rurales en est un excellent exemple - cette participation prend la forme d'une contribution en argent.

Aux termes de la résolution XIII adoptée à la XXIe réunion du Conseil directeur de l'OPS (vingt-quatrième session du Comité régional pour les Amériques), le plan décennal de santé est devenu la politique officielle de l'Organisation pour les Amériques et le Bureau régional en a fait son plan de référence. Dans leur évaluation annuelle, en application du système de projections quadriennales, les gouvernements détermineront la collaboration qu'ils comptent obtenir de l'Organisation pour parvenir à leurs objectifs nationaux et contribuer à la réalisation des objectifs fixés pour l'ensemble de l'hémisphère. Le projet de programme et de budget OPS/OMS pour 1974 pourrait subir quelques modifications de contenu dans certains pays, tout en restant dans les limites approuvées par l'Assemblée de la Santé et par les organes directeurs de l'OPS. La formulation actuelle est conforme aux propositions que les gouvernements ont jugé utile de faire. Comme il ressort des Actes officiels N° 204, à la page 123, le budget ordinaire de l'OMS pour les Amériques s'élève au total à \$9 713 851 pour 1974, ce qui représente une augmentation de 8,2 % par rapport à l'année précédente. Les prévisions d'engagements de dépenses au titre du PNUD se monteront, d'après les calculs actuels, à \$6 905 471, c'est-à-dire \$312 379 de moins que la somme mentionnée dans les Actes officiels N° 204. Il est fait mention dans les Actes officiels N° 207 de certains des projets déjà approuvés, dont la plupart ont pour but l'amélioration de l'infrastructure sanitaire, c'est-à-dire qu'ils concernent le personnel et les ressources techniques, la recherche, le processus de planification, ainsi que d'autres éléments permettant de mener une action préventive et curative.

En ce qui concerne le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population, le Dr Horwitz ne doute pas qu'il constituera la principale source de financement pour l'exécution de projets régionaux, inter-pays et nationaux en 1974; l'allocation qu'il a demandée s'élève à environ \$2 500 000. Pas moins de huit gouvernements ont présenté des demandes à cet organisme, comptant bien que l'OPS/OMS sera l'organe d'exécution.

Les fonds fournis par l'OPS se montent à \$27 616 476, et le budget total pour 1974 représente une somme de \$45 495 215. Il est proposé d'investir la totalité de cette somme dans un programme fonctionnel unique, quelle que soit l'origine des fonds. D'après la classification

de l'OMS, 29,1 % de ceux-ci seront consacrés à la lutte contre la maladie, 44,2 % au renforcement des services de santé, 7,6 % au développement des ressources en personnel, 12,4 % à l'hygiène du milieu et 6,7 % à d'autres activités. Cette répartition de base montre bien que les gouvernements se soucient de plus en plus d'accroître le rendement de leurs diverses ressources, c'est-à-dire d'augmenter la production et la productivité de l'infrastructure. La plupart des pays disposent des connaissances et de l'expérience techniques voulues pour résoudre les différents problèmes. Les obstacles proviennent le plus souvent des insuffisances de l'organisation et de l'administration des services chargés de mettre le bénéfice des techniques à la portée de ceux auxquels elles sont censées profiter.

On trouvera dans les Actes officiels N° 207, aux pages 22 à 28, un exposé détaillé des principales activités prévues en 1974. Le Dr Horwitz désire compléter ces renseignements en donnant des détails sur d'autres activités qui sont envisagées. Un séminaire régional sur la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, y compris les zoonoses, est prévu pour la fin de 1973. Il est en effet nécessaire de maintenir l'hémisphère à l'abri de la variole, d'empêcher la réimplantation d'Aedes egypti dans les pays d'où le moustique a été éliminé et d'empêcher la réintroduction du paludisme, de la rage, de la polyomyélite et de la rougeole dans les pays qui se trouvent à la phase d'entretien. Un mouvement se dessine actuellement dans les Amériques en vue de parvenir à des niveaux acceptables d'immunité à l'égard des maladies infectieuses, voire d'endiguer ces maladies et d'en prévenir la transmission.

Une mission composée de consultants du Royaume-Uni aide actuellement le Gouvernement brésilien à élaborer un programme de recherches sur la maladie de Chagas, au moyen d'études coordonnées menées par divers établissements du pays.

Le Bureau régional participe, avec le Département de Médecine tropicale de l'Université Harvard et le Wellcome Trust, à des études sur la schistosomiase et la maladie de Chagas.

A l'occasion de la construction de la route transamazonienne, on s'est aperçu qu'il était urgent d'étudier les espèces microbiennes et les vecteurs les plus courants dans la région intéressée. L'Organisation collabore à cette fin avec le Gouvernement du Brésil et l'Institut Walter Reed.

Grâce à la contribution du Gouvernement du Venezuela, un centre international de formation et de recherche en matière de lèpre et de maladies connexes a pu être créé.

Les six premiers lots de vaccin antipoliomyélitique produits par l'Institut national de Virologie du Mexique ont été soumis pour essais au Conseil britannique de la Recherche médicale. Si les essais montrent que ce vaccin est conforme aux normes de l'OMS, on disposera de près de 70 millions de doses de ce produit d'ici la fin de 1973.

Les gouvernements de la Région sont déterminés à approvisionner en eau potable 80 % de la population urbaine et 50 % de la population rurale d'ici à 1980 (au cours des dix dernières années, ces services ont été assurés à 70 % de la population des villes et 24 % de la population des campagnes). D'ici à cette même date, des réseaux d'égouts desserviront 70 % des collectivités urbaines et 50 % des collectivités rurales. Le Bureau régional collabore avec les gouvernements dans ce domaine. Dans les zones rurales, des techniques nouvelles sont actuellement utilisées de manière à accélérer la mise en place des services voulus dans les collectivités, avec la participation active de la population; le financement en est assuré par des fonds de roulement et des crédits extérieurs.

Dans les zones urbaines, l'accent est mis sur la modernisation des méthodes administratives appliquées par les services des eaux et des égouts. Ce n'est, d'ailleurs, qu'un aspect de l'activité du Bureau régional en matière d'environnement. Le Bureau se propose, en effet, de mettre progressivement en pratique les recommandations formulées lors de la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement. Le Dr Horwitz tient à mentionner à cet égard trois projets : un projet de centre d'écologie humaine et de santé, soumis par le Gouvernement du Mexique; un programme de lutte contre la pollution du milieu, notamment de l'air, des eaux et des sols; enfin, un programme portant sur les services administratifs en matière d'environnement. On espère que le Programme des Nations Unies pour l'Environnement et le PNUD attribueront des fonds pour ces projets, dont la coordination sera assurée par le Centre panaméricain de Génie sanitaire, situé à Lima, au Pérou.

Les 136 projets relatifs aux services de santé pour 1974 s'insèrent dans le plan décennal de santé et ont pour but d'améliorer les services, au double point de vue qualitatif et quantitatif, dans les centres de santé et les hôpitaux, les activités variant suivant les pays.

Certains programmes visent à améliorer la coordination et d'autres à jeter les bases de services de santé intégrés; certains projets concernent les "soins progressifs aux malades"; un projet collectif se propose de développer les systèmes d'entretien du matériel dans divers établissements de santé.

En Amérique latine et dans la zone des Caraïbes, 70 % des hôpitaux de plus de 100 lits sont gérés par du personnel médical n'ayant aucune formation en administration. Il faut noter qu'il existe 13 854 hôpitaux, comptant 867 243 lits, pour un coût moyen de \$12 000 par lit. Aussi le programme de formation d'administrateurs hospitaliers se justifie-t-il pleinement, de même que les activités du Centre latino-américain d'Administration médicale à Buenos Aires, qui a organisé notamment des cours sur les techniques modernes d'administration, l'analyse de systèmes appliquée aux services de santé et le financement du secteur sanitaire.

En avril 1973, ont été publiés les résultats de l'enquête inter-américaine sur la mortalité infantile; on a recensé 35 000 décès parmi les enfants de cinq ans dans quinze zones rurales et urbaines de l'hémisphère. Il ne faut pas oublier que la plupart des pays ayant fait l'objet de l'enquête sont des pays jeunes, où les enfants de moins de quinze ans représentent entre 40 et 50 % de la population et l'ensemble des mères et des enfants 63 %. A partir d'une approche écologique, on a montré de façon objective l'interdépendance des facteurs qui contribuent à la morbidité et à la mortalité chez les mères et les enfants. Parmi tous ces facteurs, les carences nutritionnelles semblent être les plus graves dans les cas étudiés. Lorsqu'elles coïncident avec un faible poids à la naissance, elles mettent en péril la croissance et le développement du nouveau-né. Plus la malnutrition est grave chez la mère, plus l'avenir de ses enfants est incertain; et plus les enfants sont nombreux, plus les risques sont graves pour la mère. On a obtenu confirmation de la synergie entre infection et état nutritionnel, ce qui justifie la priorité accordée au programme d'immunisations spécifiques. L'allaitement au sein, le niveau d'instruction de la mère, la présence d'eau potable dans le foyer sont autant de facteurs qui peuvent contribuer directement à réduire l'incidence de diverses maladies, de l'arriération mentale et de la mortalité infantile. On peut logiquement s'attendre à une corrélation inverse entre la mortalité chez les enfants, d'une part, et les soins périnataux dont ils bénéficient, ainsi que les soins prénataux chez la mère, d'autre part. Les recherches faites montrent sans la moindre ambiguïté possible qu'il faut entreprendre des programmes de santé maternelle et infantile, de planification familiale, de nutrition et d'éducation dans les divers domaines liés à la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.

En avril 1973, a été publiée une étude sur l'enseignement médical en Amérique latine, qui portait sur 138 écoles de médecine; on a notamment analysé le processus d'enseignement et d'apprentissage en médecine. Les renseignements recueillis serviront de base à l'Organisation pour son programme de formation en matière de ressources humaines pour la santé.

Les quarante-cinq projets concernant le développement des ressources humaines qui sont inclus dans le programme de 1974 ont pour but de moderniser les méthodes d'enseignement, d'accroître les possibilités d'information pour les étudiants et les diplômés (il faut mentionner à ce propos le programme de mise au point de manuels et le projet de bibliothèque régionale de médecine), d'améliorer les compétences des auxiliaires chargés de la prévention et du traitement des maladies dans les zones rurales, d'intensifier les cours de brève durée sur les méthodes et techniques modernes à l'intention du personnel professionnel, de familiariser les étudiants, avant l'obtention de leur diplôme, avec l'exercice de la médecine dans les collectivités urbaines et rurales et, enfin, de créer un système regroupant les établissements des Amériques pour la formation supérieure et la recherche en une Université panaméricaine de la Santé.

Avec la collaboration de l'OPS, les Gouvernements du Brésil et du Mexique ont créé un Centre latino-américain de Technologie pédagogique en matière de Santé, où les méthodes audiovisuelles d'enseignement seront utilisées pour faciliter l'auto-apprentissage des étudiants, ainsi que l'auto-évaluation des connaissances acquises.

A propos de la résolution EB51.R43, qui concerne les mesures sanitaires à la suite du tremblement de terre survenu au Nicaragua, le Dr Horwitz fait observer qu'une mission OMS/OPS a récemment préparé, en collaboration avec le Gouvernement du Nicaragua, un programme détaillé pour le relèvement et la reconstruction des services de santé de Managua et a fixé les mesures à prendre pour la construction d'un hôpital de 400 lits réservé aux malades envoyés par d'autres établissements du pays; cet hôpital servira d'hôpital universitaire et constituera le principal centre de santé de Managua. L'OPS/OMS coopérera avec le Gouvernement pour établir le programme de travail et les plans de construction, conformément à la résolution EB51.R43.

M. PIMENTEL PANTOJA (Brésil) félicite le Directeur régional pour les Amériques et son personnel de la façon dont ils ont aidé à l'exécution de divers programmes sanitaires entrepris au Brésil.

Le Dr ECHEZURIA (Venezuela) souligne qu'une bonne partie de l'activité de la Région est consacrée à la formation de personnel de divers niveaux pour les différents programmes. Les vingt projets intéressant le Venezuela ne sont pas tous de caractère strictement médical : ils comprennent aussi, par exemple, des projets portant sur la médecine vétérinaire, l'enseignement et la pollution de l'air, ainsi qu'un projet d'organisation d'un système national d'entretien et d'ingénierie des établissements de santé - exécuté avec l'assistance du PNUD.

Un deuxième cours sur la surveillance épidémiologique est actuellement donné en langue espagnole au Venezuela aux cadres professionnels des services sanitaires des divers pays de la Région, avec le concours de l'OPS.

Parlant ensuite des programmes inter-pays, le Dr Echezuria mentionne le Centre latino-américain de Classification des Maladies (AMRO/6607), créé en 1955 en collaboration avec le gouvernement du Venezuela, en vue de former les futurs utilisateurs de la Classification internationale.

Le Dr CHAPMAN (Canada) déclare que la délégation canadienne a été heureuse d'entendre le Directeur régional insister sur la création de services de santé au bénéfice des groupes de populations qui en sont encore dépourvus; lors de leur récente conférence, les ministres de la santé s'étaient vivement préoccupés de l'existence de ce problème aigu dans la Région.

Le Dr Chapman se félicite des progrès réalisés dans divers pays de la Région en ce qui concerne l'amélioration et le développement de la production et du contrôle des substances biologiques. Si la Région pouvait parvenir à satisfaire elle-même ses besoins en substances biologiques de bonne qualité, il serait beaucoup plus facile de combattre ou d'éliminer les maladies.

La délégation canadienne appuie pleinement le programme de formation d'administrateurs hospitaliers, qui devrait accroître l'efficacité de ces constituants des services de santé que sont les hôpitaux.

Le Dr HORWITZ, Directeur régional pour les Amériques, remercie les délégués du Brésil, du Canada et du Venezuela de leurs utiles suggestions.

Grâce à une importante contribution du Gouvernement canadien, une conférence sera organisée à Ottawa sur la planification des ressources humaines et l'accroissement de la productivité des personnels de santé.

#### Asie du Sud-Est

Le Dr GUNARATNE, Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est, présentant les prévisions budgétaires de la Région, fait observer que l'ensemble des crédits prévus pour la Région de l'Asie du Sud-Est au titre du budget ordinaire pour 1974 se monte à environ US \$10 800 000. Au cours de cet exercice, 42 % environ du budget seront consacrés au renforcement des services de santé, 7 % au développement des personnels de santé, 32 % aux activités de prévention et de lutte contre les maladies, 13 % à l'amélioration de l'hygiène du milieu et 6 % aux autres activités.

Il convient de remarquer qu'une part croissante du budget de l'Asie du Sud-Est est affectée au renforcement des services de santé et à l'hygiène du milieu. En 1972, déjà, on s'était occupé, de plusieurs manières, de renforcer les services sanitaires des collectivités. Depuis quelque temps, on s'inquiétait de la tendance trop fréquemment rencontrée chez les gouvernements à estimer que les prestations offertes à la population en matière de santé se résument aux seuls services publics et à ne pas prendre en considération l'ensemble de l'équipement sanitaire mis à la disposition de la collectivité aussi bien par le secteur public que par le secteur privé. En avril 1972, des administrateurs supérieurs de la santé des divers pays de la Région ont participé à un groupe de discussion de trois jours sur ce sujet, en vue de formuler, à l'intention des gouvernements des Etats Membres, des directives qui les aideront à rendre plus efficace l'organisation générale de leurs services de santé.

Dans le dernier Etat Membre admis à l'OMS, le Bangladesh, les services de santé ruraux continuent de faire l'objet d'un effort particulier, et des programmes d'enseignement accélérés ont été organisés pour former 500 auxiliaires médicaux et 300 médecins, de manière à asseoir sur des bases solides les services de santé qui seront mis en place au niveau des sous-districts

(thana). Le Bangladesh a reçu une aide considérable pour s'attaquer à ce problème gigantesque et des plans judicieux sont à l'étude pour l'avenir.

Les services sanitaires de l'Indonésie et du Népal reçoivent l'aide d'équipes pluri-disciplinaires pour la mise au point d'un système amélioré de services ruraux de santé.

A la suite des efforts entrepris pour renforcer la planification sanitaire dans les pays de la Région, presque tous les gouvernements ont créé, au sein de leur ministère de la santé, des départements de planification qui fonctionnent déjà de manière effective. Il s'agit surtout de rendre les pays à même d'enseigner la planification sanitaire dans leurs propres institutions nationales. L'utilisation des techniques modernes d'administration et de gestion pour la prestation des services sanitaires est d'un intérêt permanent et les ressources de l'Organisation sont mises à profit pour aider les ministères de la santé à cet égard.

La pénurie de personnel de santé, le niveau insuffisant de qualification de ce personnel et sa mauvaise répartition continuent à être de grands problèmes qui requièrent l'assistance de l'OMS. Grâce à des activités éducatives de groupe, le Bureau régional a incité les gouvernements de plusieurs Etats Membres à sensibiliser leurs services sanitaires aux besoins de la collectivité, et à réorienter en conséquence les programmes de formation du personnel. Au cours des deux dernières années, deux centres de formation pour professeurs de médecine ont été créés dans la Région avec l'aide de l'OMS.

Une expérience d'éducation permanente débutera en 1973. Un cours de recyclage de trois jours sur les soins aux nouveau-nés sera organisé dans deux centres différents d'Indonésie à l'intention de membres du personnel médical ou infirmier désignés par des associations médicales locales. Si l'expérience réussit, on étudiera la possibilité de constituer des équipes nationales chargées de mettre sur pied de tels programmes de formation permanente dans leur propre pays. D'autres cours de brève durée sur des sujets qui intéressent particulièrement la Région de l'Asie du Sud-Est sont actuellement en préparation. Grâce à des cours donnés à des groupes de professeurs de médecine, l'enseignement de la reproduction humaine, de la planification familiale et de la dynamique des populations dans les écoles de médecine a été grandement amélioré. Des directives ont été formulées concernant l'enseignement de ces matières et constituent le point de départ pour l'élaboration de programmes d'études.

Quelques reculs ont été enregistrés dans la lutte contre certaines maladies transmissibles, telles que la variole. Cependant, il a été officiellement déclaré que, depuis le 1er mars 1973, la variole n'était plus endémique au Népal, toutes les poussées de la maladie relevées dans le pays depuis juillet 1972 ayant été directement ou indirectement imputables à des cas importés de pays voisins. En Indonésie, où le dernier cas a été enregistré en janvier 1972, des projets-pilotes de vaccination associée BCG-vaccin antivariolique se poursuivent. La Birmanie, le Sri Lanka et la Thaïlande sont indemnes de variole.

Devant l'importance croissante prise par les maladies non transmissibles dans la Région, une attention plus grande a été accordée à la lutte contre le cancer et contre les affections cardio-vasculaires, ainsi qu'à la promotion de la santé mentale.

L'assistance de l'OMS en matière d'hygiène du milieu a jusqu'ici été centrée sur l'installation de services d'assainissement de base et de réseaux d'approvisionnement en eau, mais le problème de la pollution du milieu est devenu un sujet croissant de préoccupation avec l'accélération de la croissance démographique, l'urbanisation incontrôlée et l'industrialisation. La Conférence des Nations Unies sur l'Environnement, réunie à Stockholm en 1972, a mis l'accent sur la nécessité d'intervenir au plus vite pour empêcher la situation de se dégrader davantage et l'OMS contribuera à la lutte contre la pollution en s'attachant au renforcement des services d'hygiène du milieu et des institutions nationales de formation et de recherche dans ce domaine. Un événement marquant a été la réunion, en 1972, d'un séminaire sur la pollution de l'air, le premier qui ait été patronné par l'OMS dans la Région de l'Asie du Sud-Est; ce séminaire s'est tenu en Inde vers la fin de 1972.

En regardant vingt-cinq ans en arrière, on s'aperçoit que, si beaucoup reste encore à faire, des progrès considérables ont été accomplis dans toute une série de domaines se rapportant à la santé.

Pour conclure, le Dr Gunaratne souligne que le premier objectif du Bureau régional est de travailler en collaboration plus étroite avec les gouvernements dans un effort concerté pour promouvoir la santé au moyen de programmes définis en commun. Il est convaincu que cet objectif pourra être atteint.



Le Dr BAIDYA (Népal) souligne que l'existence d'un foyer de maladies transmissibles dans n'importe quelle région du monde constitue un danger pour tous les pays. La délégation népalaise espère que le Bureau régional fera de son mieux pour coordonner les programmes entrepris dans les pays de la Région, de façon à obtenir les meilleurs résultats possibles. La lutte contre les maladies transmissibles est impossible sans une amélioration de l'hygiène du milieu, et le Dr Baidya est heureux de constater que des progrès satisfaisants ont été accomplis dans ce domaine.

Le Professeur KHALEQUE (Bangladesh) note avec plaisir que le Directeur régional a tenu compte des problèmes à court et à long terme du Bangladesh, et que les projets prévus pour ce pays portent aussi bien sur la variole et le paludisme que sur la santé de la famille, les services de santé ruraux et les programmes d'urgence visant la formation de personnel de santé.

Le Dr SHRIVASTAV (Inde) appelle l'attention sur un point important dont le Directeur régional n'a pas fait mention, à savoir l'essai d'élaboration d'une charte de la santé pour l'Asie du Sud-Est. La décision a été prise lors de deux réunions régionales tenues à Rangoon et Colombo, et le Bureau régional a organisé deux réunions spéciales sur cette question à Delhi. L'accent a été mis tout particulièrement sur le développement de statistiques démographiques fiables, sur l'étude de la situation des différentes maladies dans les pays de la Région, sur l'élaboration de plans nationaux et régionaux, et sur l'introduction dans toute la Région d'une planification détaillée à l'échelon des pays.

Le Dr GUNARATNE, Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est, répond au délégué de l'Inde que la charte de la santé pour l'Asie du Sud-Est n'a pas été oubliée.

### Europe

Le Dr KAPRIO, Directeur régional pour l'Europe, déclare que le montant total des dépenses prévues au titre du budget ordinaire de la Région pour 1974 était de US \$ 5 563 706, avant l'augmentation qui vient d'être approuvée par l'Assemblée de la Santé. Le N° 207 des Actes officiels, au paragraphe 171 du chapitre I (page 33), donne la ventilation des dépenses selon les grandes sections de résolution portant ouverture de crédits.

A ce propos, le Dr Kaprio se réfère aux observations du délégué des Etats-Unis d'Amérique concernant la coordination et les problèmes administratifs. Dans la Région européenne, le personnel est surtout un personnel de coordination, car la plupart des projets et des programmes concernent des pays qui ont déjà leurs propres agents d'exécution, ce qui n'empêche pas une étroite coopération de s'instaurer sur le plan opérationnel : ainsi, dans le cas des maladies cardio-vasculaires, cette coopération intéressera, en 1974, 18 zones pilotes réparties dans cinq secteurs géographiques. Les comparaisons d'effectifs doivent tenir compte, non seulement du personnel de l'OMS en mission sur le terrain, mais des personnes qui collaborent étroitement aux programmes inter-pays coordonnés par l'OMS.

En ce vingt-cinquième anniversaire de l'Organisation, il convient de rappeler que le Bureau régional a été créé en 1951 par le premier Comité régional pour l'Europe et a officiellement commencé son activité à Genève, le 1er février 1952, avec le Dr Begg comme premier Directeur régional. Le bureau a été transféré à Copenhague en juin 1957 dans les locaux de l'ancien bureau OMS de recherches sur la tuberculose, auxquels a été adjoint un nouveau bâtiment. Après le décès prématuré du Dr Begg en 1956, le Dr van de Calseyde a assumé les fonctions de Directeur régional de 1957 à 1967.

Depuis que plusieurs pays européens ont renoué avec la collaboration internationale, le programme et le budget du Bureau régional n'ont cessé de se développer. Grâce à la générosité du Gouvernement danois, le bureau de Copenhague a désormais sa tâche facilitée, car il dispose maintenant d'un nouveau bâtiment très bien installé avec une salle de conférence.

Tout de suite après la seconde guerre mondiale, l'Europe a bénéficié d'une aide internationale importante. De nombreux délégués connaissent bien l'effort accompli par l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés et par la Commission intérimaire de l'OMS, qui ont lancé plusieurs projets à l'intention de pays européens. Un bureau spécial pour l'Europe existait déjà avant la création du Bureau régional en 1952. Les conditions sanitaires étaient alors très mauvaises en de nombreux points d'Europe.

La situation sanitaire actuelle peut être évaluée d'après les renseignements recueillis pour l'année 1971, dans 27 Etats Membres de la Région. Quant aux cinq autres pays, l'un est très petit et sa population est âgée; les quatre autres organisent leurs programmes d'activités

dans un cadre surtout national et ces activités auraient besoin d'être développées avec l'aide d'un personnel international. Bien qu'il y ait encore, pour ce qui est des grands problèmes de la santé, des différences importantes entre les Etats Membres de la Région, la situation sanitaire générale a évolué favorablement au cours des deux dernières décennies. Si l'on considère les 29 pays pour lesquels on possède des données concernant l'ensemble de la population, on note une baisse continue du taux de mortalité, se traduisant par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance, dont la médiane est de 74 ans pour les femmes et de 68 ans pour les hommes. Il y a dix ans, les chiffres correspondants étaient inférieurs de deux ans environ. L'accroissement de l'espérance de vie a eu une incidence sur la répartition par âge de la population. Dans la majorité des pays européens, le groupe d'âge de plus de 60 ans représente plus de 15 % de la population totale et dépasse même 20 % dans certains pays.

Le recul de la mortalité a été particulièrement spectaculaire dans les groupes d'âge les plus jeunes. Au cours de la dernière décennie, la médiane du taux de mortalité infantile est passée de 30 pour 1000 naissances vivantes, avec un taux minimum de 13 et un taux maximum de 90, à environ 20 pour 1000 naissances vivantes avec un taux minimum de 11 et un taux maximum de 50. Cinq pays d'Europe ont des taux de mortalité infantile inférieurs à 13 pour 1000.

Une autre évolution importante dans le profil de la mortalité concerne la répartition des causes de décès. Le nombre des décès dus à des maladies infectieuses ou parasitaires a continué à diminuer. Le taux de la mortalité par tuberculose est tombé à un niveau négligeable dans un petit nombre de pays, mais la médiane pour l'ensemble de la Région s'établit à un niveau environ dix fois supérieur à celui du taux le plus bas, tandis que le taux le plus élevé est lui-même quatre fois supérieur à la médiane.

A mesure que le nombre des décès provoqués par les maladies d'origine infectieuse diminue, la proportion des décès dus à des maladies dégénératives, à des accidents, à des actes de violence et à des suicides va au contraire en augmentant. Les maladies cardio-vasculaires sont aujourd'hui responsables de plus de la moitié du nombre total des décès dans quelque dix Etats Membres et de plus de 40 % des décès dans dix autres. Les taux de mortalité corrigés en fonction de la structure par âge varient entre 300 et 800 pour 100 000 chez les hommes, les deux tiers environ de l'ensemble des Etats Membres ayant des taux supérieurs à 500 pour 100 000. Chez les femmes, les taux correspondants varient d'environ 250 à 600 pour 100 000, la moitié des Etats Membres ayant des taux supérieurs à 400 pour 100 000. Les tumeurs malignes ont été reconnues responsables d'environ 20 % de l'ensemble des décès, avec des taux de mortalité variant entre 100 et 250 pour 100 000.

Les renseignements sont moins complets sur la morbidité que sur la mortalité. Quelques maladies transmissibles aiguës à notification obligatoire ont disparu de la scène européenne et d'autres sont en voie de disparition. Néanmoins, dans certains pays, le nombre des cas annuels déclarés de fièvre typhoïde atteint plusieurs milliers et ceux de diphtérie plusieurs centaines. Il n'y a pas eu de changement apparent dans la morbidité due à des maladies infectieuses causées par des virus (infections des voies respiratoires supérieures, grippe, hépatite virale).

Si les maladies causées par des agents infectieux continuent à représenter l'un des grands problèmes, il y a eu une évolution manifeste en ce qui concerne l'importance de certains états pathologiques provoqués par la combinaison de facteurs génétiques, de facteurs de milieu et de facteurs de comportement. Chez les enfants et les adolescents, les principaux problèmes de santé sont constitués par les troubles congénitaux, les blessures accidentelles, les tumeurs malignes et l'inadaptation mentale et sociale qui se manifeste souvent plus tard par l'alcoolisme, la toxicomanie et le suicide. Chez les personnes d'un certain âge, les grands problèmes de santé sont les maladies chroniques dégénératives, y compris les maladies mentales.

Dans le tableau général de la morbidité, il y a certaines pandémies qui pourraient être évitées, du moins en théorie. Par exemple, les accidents de la circulation font près de 100 000 morts et quelque 3 000 000 de blessés par an en Europe centrale et occidentale. Certains délégués ont probablement vu le programme de la télévision française dans lequel les 16 800 habitants d'une petite ville ont simulé la mort en se couchant tous dans les rues pour donner une illustration saisissante de l'hécatombe annuelle causée en France par les accidents de la route.

Le cancer du poumon constitue lui aussi un fléau grandissant et il faut s'attendre à une aggravation, compte tenu du fait qu'un nombre croissant de femmes et d'enfants jeunes se sont mis à fumer. A cet égard, il faut que la population des autres Régions soit avertie que les

industriels du tabac cherchent à conquérir de nouveaux marchés en présentant l'usage du tabac comme un signe de modernisme. L'ischémie cardiaque a commencé à progresser dans plusieurs pays européens vers les années cinquante et le mouvement ne s'est pas encore stabilisé partout, notamment dans le groupe des hommes d'âge moyen. Il y a lieu d'espérer que la prévention de cette maladie deviendra possible, mais cela demandera encore beaucoup de recherches.

Dans les certificats officiels, on ne mentionne pas toujours l'alcoolisme comme cause de décès, mais l'alcoolisme et le simple abus de l'alcool posent de plus en plus de problèmes dans beaucoup de pays. Le film "La santé commence à la maison" a fait ressortir que l'abus de l'alcool est considéré en URSS comme un grave danger pour la santé et a montré comment des campagnes d'information systématiques sont organisées dans le pays. Si l'on voulait entreprendre en Europe des campagnes en faveur de la santé à la manière chinoise, on arriverait peut-être, au lieu de lutter contre les mouches et les moustiques, à détruire les paquets de cigarettes, à proscrire les boissons fortes et même à jeter les voitures à la ferraille. L'idée peut paraître utopique pour le moment, mais, en attendant, il faut mettre à profit les ressources offertes par toutes les nouvelles techniques de gestion dont on dispose pour fournir suffisamment de services de soins et de réadaptation aux nombreuses victimes du mode de vie actuel.

Le programme pour la Région européenne est un programme modeste et sélectif, centré sur quelques grandes activités à long terme, mais il demeure suffisamment souple pour satisfaire à des demandes particulières des Etats Membres. Au niveau national, dans la majorité des pays européens, les besoins en services consultatifs permanents assurés par du personnel international sont limités. En conséquence, le Bureau régional sert surtout de centre d'information et organise des activités régionales communes dans des domaines tels que les maladies cardiovasculaires, l'hygiène du milieu, la santé mentale et la formation de personnels de santé. Parmi les activités de base permanentes, figure le renforcement des services sanitaires et des systèmes d'information sanitaire - y compris l'emploi des méthodes épidémiologiques et des ordinateurs en médecine et en santé publique.

Pour conclure, le Dr Kaprio rend hommage au Directeur général sortant et à son successeur. Il remercie les Etats Membres de la Région européenne du soutien qu'ils ont apporté au programme de l'OMS. Plusieurs contributions volontaires ont permis de poursuivre les activités comme prévu en dépit de la crise monétaire. Le Dr Kaprio renouvelle aussi ses remerciements au Gouvernement danois pour les nouveaux locaux mis à la disposition de l'Organisation, dont on a pu apprécier tout le caractère pratique pendant la première année d'utilisation.

Le Dr TOTTIE (Suède) déclare que la délégation suédoise est particulièrement intéressée par la planification à long terme et par les progrès réalisés dans les domaines des maladies cardio-vasculaires, de la santé mentale, de la formation du personnel médical et de l'environnement de l'homme. Les Etats Membres européens sont heureux d'accueillir des travailleurs sanitaires de tous les pays du monde comme boursiers de l'OMS. Le Dr Tottie espère que les échanges de personnel continueront à se développer.

Le Professeur PACCAGNELLA (Italie) fait remarquer qu'en matière de santé de la famille, l'OMS centre surtout ses activités sur la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et la nutrition, et que les relations au sein de la famille ont tendance à être négligées en dépit de leur importance croissante. L'OMS devrait se préoccuper aussi du bien-être mental et social de la famille. Dans le monde entier, la structure de la famille est en train de changer et de prendre un caractère nucléaire. En Italie et dans les autres pays européens, des centres de consultations familiales ont été créés pour combler les lacunes des services de santé et des services sociaux et il est envisagé d'intégrer ces centres dans les futures unités sanitaires et sociales ou dans les services de santé. Il serait à la fois intéressant et utile de faire une étude de leurs objectifs et de leurs méthodes, car ces centres comprennent aussi bien des psychologues et des sociologues que des médecins. Il est évident qu'une telle étude aurait des répercussions sur l'enseignement, qu'il s'agisse de la formation des médecins ou de la formation des autres personnels de santé.

Le Dr RACOVEANU (Roumanie) souligne que, tout en ayant le budget le plus faible de toutes les Régions, le Bureau régional pour l'Europe a un programme assez important dans plusieurs domaines, notamment l'hygiène du milieu, le renforcement des services de santé, le développement des personnels de santé et les maladies non transmissibles. Le Gouvernement roumain appuie l'important programme de cours de formation postuniversitaire qui a été prévu et sera heureux d'y participer dans la mesure de ses moyens.

Le Professeur HALTER (Belgique) rappelle que, depuis dix ans, les Etats Membres de l'Europe occidentale expriment le souhait que le Bureau régional noue des liens avec d'autres organisations de la Région européenne afin d'améliorer la coordination en matière sanitaire. Depuis quelque temps, le Bureau régional est représenté au Conseil de l'Europe, mais il semble y avoir des difficultés en ce qui concerne l'établissement de rapports avec la Communauté économique européenne. Le Bureau régional mérite d'être félicité de tout ce qu'il a déjà accompli et aussi d'avoir établi des relations avec des organisations d'Europe orientale.

Le Dr DAIMER (Autriche) note que le programme du Bureau régional a subi ces dernières années une évolution intéressante, les ressources humaines et financières limitées étant concentrées de plus en plus sur un certain nombre d'activités importantes faisant l'objet pour la plupart de programmes à long terme. Tous les pays de l'Europe devraient s'efforcer d'accorder un soutien accru aux programmes régionaux, en particulier aux programmes à long terme, par exemple en prenant en charge certaines réunions, ou en y faisant participer davantage leurs instituts nationaux.

La délégation autrichienne se félicite de l'importance croissante reconnue aux projets de recherches appliquées et sera heureuse d'y collaborer. La politique consistant à séparer les projets de recherches appliquées des services rendus aux Etats Membres sur demande devrait être poursuivie.

Le Dr RADOVANOVIC (Yougoslavie) déclare que le Bureau régional, lorsqu'il fixe les priorités de son programme, consulte toujours les Etats Membres et tient dûment compte des intérêts des pays en voie de développement, tout comme des pays développés. La délégation yougoslave appuie le projet de programme et de budget pour 1974.

Le Dr DE CAIRES (Etats-Unis d'Amérique) précise que, dans les remarques qu'il a faites concernant le rapport entre l'effectif du personnel du Bureau européen et celui du personnel travaillant sur le terrain, il a expressément indiqué le caractère unique de la Région européenne. Le rapport de 1 à 4 qui existe dans les autres Régions ne peut et ne saurait être appliqué à la Région européenne.

Le Dr VIOLAKIS (Grèce) apprécie les efforts déployés par le Bureau régional pour assurer le succès des projets de l'OMS en Grèce, en particulier le projet de lutte contre la pollution de l'environnement. L'accroissement de 7,15 % du budget par rapport à 1973 est raisonnable.

Le Dr BERNARD (Malte) souligne que, bien qu'il y ait encore de nombreux problèmes de santé publique à Malte, la situation s'est améliorée. Cette amélioration est due en partie à la réalisation de deux projets ayant bénéficié du soutien de l'OMS.

Le Dr STUYT (Royaume des Pays-Bas) promet une active coopération des Pays-Bas au programme du Bureau régional pour 1974. Il appelle tout particulièrement l'attention sur la récente évolution de l'enseignement de la médecine - remaniement des programmes, importance croissante donnée aux sciences fondamentales et introduction de conceptions nouvelles en matière d'enseignement postuniversitaire - innovations qui rendent essentielle la coordination dans ce domaine, car il est très important que les travailleurs médicaux soient facilement interchangeables entre pays, ce qui implique que le produit final soit le même partout.

Le Dr LEOWSKI (Pologne) précise que la Pologne et beaucoup d'autres pays sont prêts à coopérer à la recherche sur les différents aspects de l'utilisation des services de santé, car leur expérience sera utile non seulement à l'intérieur de l'Europe, mais aussi hors de la Région. Les seules limitations à un élargissement de cette coopération sont d'ordre financier.

Le Dr AUJOLAT (France) fait remarquer que l'on reproche au programme de la Région européenne d'être orienté en priorité vers des problèmes propres aux pays industrialisés, tels que les cardiopathies, la santé mentale, les toxicomanies, l'hygiène du milieu, et, surtout, la formation de personnel, mais que ces problèmes toucheront aussi un jour d'autres Régions.

Il se réjouit que le Bureau régional reste fidèle à ses traditions en continuant d'offrir une formation postuniversitaire à du personnel de santé d'autres Régions.

Sir John BROTHERSTON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) déclare que le programme du Bureau régional pourrait servir d'exemple aux autres Régions. A cet égard, le délégué de la France a déjà mentionné l'accent mis sur les maladies dégénératives. On peut citer aussi l'application des sciences sociales et des techniques de gestion à la planification sanitaire.

Le Dr KAPRIO, Directeur régional pour l'Europe, remercie les délégués de leurs remarques. Il est persuadé qu'ils auront la possibilité de reprendre la discussion détaillée de certaines questions lors de la prochaine réunion du Comité régional.

#### Méditerranée orientale

Le Dr TABA, Directeur régional pour la Méditerranée orientale, explique que l'ensemble des opérations au titre des divers fonds du programme de la Région qui a été établi en consultation étroite avec les gouvernements, représente au total US \$17 434 328. Les crédits prévus au titre du budget ordinaire sont en augmentation de 8,3 % par rapport à 1973, bien que l'élément PNUD et d'autres fonds soient en diminution. A cet égard, le Dr Taba souligne que les chiffres concernant l'élément PNUD ne peuvent pas être considérés comme définitifs : en fait, depuis la publication du document budgétaire, quelques projets supplémentaires ont été approuvés, pour la plupart dans les domaines de l'hygiène du milieu et de la formation des personnels de santé.

Deux cent quarante projets ont été proposés pour 1974, contre 226 pour 1973, et les principaux domaines sur lesquels ils portent sont indiqués dans le résumé des activités dans les pays à la page 395 des Actes officiels N° 204. En ce qui concerne l'éradication du paludisme et de la variole, déjà étudiés par la Commission, les progrès sont satisfaisants. La Région se développe très rapidement, et se trouve en conséquence confrontée à beaucoup de problèmes nouveaux liés notamment à l'industrialisation, à l'urbanisation et à la croissance démographique; le programme régional prévoit des activités visant à résoudre les difficultés nouvelles qui accompagnent cette évolution.

La majorité des pays ont une planification sanitaire nationale, et tous, sauf quatre, inscrivent leur action dans le cadre de plans de santé à long terme. Un problème majeur est celui des services de statistiques et d'information, qu'il faudra améliorer en vue notamment de définir les besoins futurs. L'OMS fournit une aide dans ce domaine. Le développement des personnels de santé est d'importance primordiale et l'enseignement et la formation constituent de ce fait une activité privilégiée dans la Région; un tiers environ des crédits lui sont consacrés directement, mais, en fait, il y a, sous d'autres rubriques, un nombre considérablement plus grand d'activités dans lesquelles la formation est souvent l'une des composantes. L'objectif principal est de former du personnel sanitaire en quantité suffisante pour aider à la promotion des services de santé nationaux. La question des techniques de gestion est particulièrement intéressante à cet égard, et a été étudiée dans le cadre des Discussions techniques de la présente Assemblée de la Santé. L'OMS contribue à renforcer les effectifs du personnel de santé à tous les niveaux, mais sans jamais perdre de vue le principe de la spécificité des situations nationales. Une aide est aussi fournie à diverses facultés de la Région par l'intermédiaire du Bureau régional, et il est probable que l'OMS continuera à dispenser ce type d'assistance. Une importance croissante est accordée à l'enseignement de la médecine des collectivités, et tout est mis en oeuvre pour renforcer la coopération entre les ministères de la santé d'une part et les universités d'autre part. On s'attache aussi à améliorer la formation des enseignants à l'échelon régional, et le Centre régional de formation d'enseignants à l'Université Pahlevi de Chiraz est entré en fonctionnement en 1972. Le vif intérêt suscité par cette expérience a été encourageant, et s'est manifesté par un nombre considérable de demandes d'organisation d'ateliers de discussion ou de séminaires sur ce sujet. Les activités de formation d'autres catégories de personnel de santé se poursuivent également. Par ailleurs, une attention croissante est accordée à une question extrêmement importante, à savoir fixer, en matière d'enseignement, des objectifs bien définis qui correspondent aux besoins. Il est évident qu'avec le développement économique, il y aura une demande croissante de services de santé, et il est essentiel par conséquent de rendre la population capable de tirer le meilleur parti possible de l'aide disponible. Six cent quatre-vingt-sept bourses d'études ont été attribuées en 1972, et un système d'évaluation a été mis sur pied. On s'efforce aussi d'évaluer les besoins à long terme par des études spécialement conçues à cet effet.

L'accent mis sur le développement des personnels de santé a fait comprendre, en particulier, la nécessité du travail d'équipe, plus commode à instaurer dans le cadre d'instituts de formation englobant toute une gamme de disciplines. On trouve des exemples de tels instituts dans la République démocratique populaire du Yémen, en Libye et au Yémen.

Une aide est également fournie pour la refonte des programmes d'études là où cela est nécessaire.

La coopération avec les autres institutions internationales est essentielle compte tenu du rôle qui incombe à l'Organisation en tant qu'organe coordonnateur dans le domaine de la santé et le Bureau régional prête assistance aux gouvernements pour l'établissement des demandes, ainsi que pour l'exécution des projets. Devant tous les nouveaux grands problèmes qui surgissent chaque jour, et compte tenu du manque d'informations adéquates dans de nombreux pays, l'OMS a le devoir de mettre à la disposition des Etats Membres le mécanisme nécessaire pour l'étude des priorités. Il fait partie des attributions de l'Organisation d'aider les pays à définir leurs objectifs en matière de santé, ainsi que de répondre aux demandes d'assistance qui lui sont adressées, et c'est dans cet esprit que le programme régional a été établi.

Le Dr Taba remercie tous les pays de la Région pour leur collaboration fidèle et sans défaillance.

Le Dr VASSILOPOULOS (Chypre) félicite le Directeur régional de la façon dont il a présenté le projet de programme et de budget pour la Région et mis l'accent tout particulièrement sur l'enseignement et la formation. Il voudrait aussi exprimer sa satisfaction du travail accompli par le Bureau régional en ce qui concerne les maladies transmissibles et l'amélioration des services de santé.

Le Dr ROASHAN (Afghanistan) souligne la nécessité d'une coopération plus étroite et d'une meilleure coordination des activités entre l'OMS et le PNUD. L'OMS a un rôle important à jouer, qui est de certifier le bien-fondé des demandes d'aide sanitaire adressées par des pays à d'autres institutions.

Le Dr ATEEK (Yémen) insiste sur les grandes difficultés que connaissent les pays pour satisfaire leurs besoins en matière de santé lorsque la demande de services est grande et les ressources limitées. Son pays apprécie donc tout particulièrement les conseils et l'aide que lui fournit le Bureau régional pour la création de services de santé au Yémen.

Le Dr ANSARI (Pakistan) déclare que la Région connaît de nombreuses difficultés, car aux anciens problèmes viennent s'ajouter des problèmes nouveaux tels que les maladies caractéristiques des sociétés industrialisées, et, par-dessus tout, l'explosion démographique. L'assistance de l'OMS est très précieuse à son pays.

Le Dr TAJELDIN (Qatar) exprime sa gratitude pour les services rendus par le Bureau régional et par son personnel dans différents domaines d'activité, qu'il s'agisse notamment de bourses d'études ou de formation de personnel de santé, ainsi que pour les conseils fournis sur toute une série de questions.

Le Dr AL-AWADI (Koweït) souligne qu'en dehors du problème de la variole, la Région, et plus particulièrement la zone du golfe Persique, connaissent aujourd'hui des difficultés nouvelles tenant à l'industrialisation rapide, qui se fait de surcroît à un rythme irrégulier. La pollution, par exemple, constituera bientôt un grave problème, et il espère à cet égard que l'OMS tiendra compte, dans son programme, de la nécessité d'entreprendre une action pour faire face aux dangers résultant de l'industrialisation, etc.

A propos du projet de lutte contre la pollution du milieu de travail au Koweït, il fait remarquer que le financement en est assuré par des fonds en dépôt.

Le Dr SOUPIKIAN (Iran) estime que l'accent mis par le Bureau régional sur la formation concorde tout à fait avec les objectifs de son propre pays. La délégation iranienne appuie pleinement le programme proposé pour la Région.

Le Dr IBRAHIM (Irak) indique que le programme régional est bien conçu et que son pays y coopérera dans toute la mesure possible. Il est, lui aussi, convaincu de la nécessité de mesures sanitaires pour faire face aux problèmes posés par l'industrialisation rapide et il est désireux de voir une action s'engager en conséquence.

Les projets relatifs au paludisme et à la santé dans les zones rurales en Irak progressent de façon satisfaisante. Un laboratoire central de santé publique a été créé en 1972 et une aide de l'OMS pour cet établissement serait appréciée.

Le Dr HATEM (Liban) signale que le Liban, qui a institué un service de virologie dans son laboratoire central de santé, est presque le seul pays de la Région à faire des rapports réguliers à l'OMS sur l'état des maladies virales. Il serait très utile que des services de virologie semblables soient créés en d'autres points de la Région. Un laboratoire de contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques a été créé au Liban avec l'aide du Bureau régional. D'autres pays de la Région seront sans aucun doute intéressés par cette expérience et pourront demander une aide au Bureau régional pour mettre sur pied un centre similaire.

Le Dr ABDUL HADI (République arabe libyenne) se félicite que l'accent soit mis sur le développement des personnels de santé, qui a une immense importance pour son pays et il évoque la coopération entre les pays de la Région à cet égard. Il souligne l'importance du rôle des représentants de l'OMS dans les divers pays et insiste tout particulièrement sur la nécessité d'instaurer une coopération interrégionale en ce qui concerne les maladies transmissibles.

Le Dr TABA, Directeur régional pour la Méditerranée orientale, en son propre nom et au nom du personnel du Bureau régional et du personnel sur le terrain, remercie les délégués qui ont pris la parole des sentiments de satisfaction qu'ils ont exprimés et les assure que, dans la planification et l'exécution du programme régional, il sera tenu compte de toutes les observations constructives et pertinentes qui ont été faites.

La séance est levée à 0 h.35.