



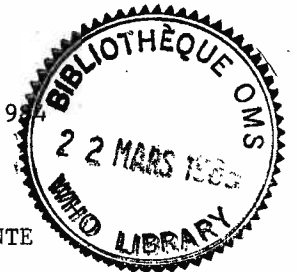
TRENTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL SUR L'ACTIVITE DE L'OMS EN 1984

et

RAPPORT DE SITUATION SUR LA STRATEGIE MONDIALE DE LA SANTE
POUR TOUS D'ICI L'AN 2000



Le présent rapport succinct du Directeur général, qu'il présente à l'Assemblée de la Santé les années impaires et qui couvre les problèmes et événements importants concernant les programmes de l'OMS pendant l'année écoulée (résolution WHA28.29), a été fusionné avec le rapport annuel du Directeur général au Conseil exécutif sur les progrès réalisés et les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Ainsi, le présent rapport, tout en décrivant certaines activités qui ont eu lieu pendant la première année de l'actuel exercice biennal, vise pour la première fois à situer les travaux de l'OMS et de ses Etats Membres dans la perspective des stratégies nationales et régionales et de la Stratégie mondiale de la santé pour tous. Le Directeur général présentera en 1986 à l'Assemblée de la Santé et aux Nations Unies son rapport biennal complet sur l'activité de l'OMS en 1984-1985.

A sa soixante-quinzième session, en janvier 1985, le Conseil exécutif a examiné le présent rapport.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
I. INTRODUCTION	3
II. POLITIQUES, STRATEGIES ET PLANS D'ACTION	3
III. DÉVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE	5
Organisation de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires ...	5
Processus gestionnaire, y compris l'appui informationnel	7
Développement des ressources humaines	9
Engagement communautaire	10
Coordination intersectorielle	11
IV. COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	12
Education pour la santé	12
Alimentation et nutrition	13
Approvisionnement en eau saine et assainissement de base	14
Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise	15
Vaccination contre les grandes maladies infectieuses	16
Lutte contre les endémies locales	17
Traitement et prévention appropriés des maladies et traumatismes courants ..	20
Médicaments essentiels	21
Divers	22
V. TECHNOLOGIE APPROPRIÉE ET DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE	23
VI. MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES, Y COMPRIS LES RESSOURCES EXTERIEURES	25
VII. COOPERATION INTERPAYS	26
VIII. COORDINATION AVEC LE SYSTEME DES NATIONS UNIES ET LES AUTRES ORGANISATIONS INTERNATIONALES	27
IX. CONCLUSION	28

I. INTRODUCTION

1. Le présent rapport du Directeur général est le résultat d'une fusion de son rapport au Conseil exécutif sur l'exécution de la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (résolution WHA34.36) et de son rapport succinct à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès marquants des programmes de l'OMS qui doit être présenté les années impaires (résolution WHA28.29). Pour fusionner ces deux rapports, il a fallu en modifier considérablement l'orientation et la perspective : au lieu d'être une simple communication "intérimaire" du Directeur général, ce nouveau type de rapport expose les progrès réalisés dans l'exécution de la Stratégie de la santé pour tous. En outre, il ne se contente pas de mentionner les activités du Secrétariat de l'OMS mais s'attache d'abord à refléter les progrès de la Stratégie au sein des Etats Membres. Vues dans ce contexte élargi, les activités de l'Organisation ne sont pas autre chose que des moyens et des outils dont l'utilité et l'efficacité doivent être déterminées en fonction des progrès réalisés par les Etats Membres sur la voie de leur but collectif.

2. Il est manifeste que cette méthode de notification au Conseil et à l'Assemblée de la Santé présuppose une approche plus sélective de la collecte des informations associée à un souci de l'évaluation qui doit être présent à tous les niveaux. Le présent rapport ne prétend pas couvrir toutes les activités de l'OMS dont certaines feront l'objet d'un compte rendu plus détaillé dans le rapport biennal du Directeur général sur l'activité de l'OMS en 1984-1985.

II. POLITIQUES, STRATEGIES ET PLANS D'ACTION

3. En mai 1984, la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le premier rapport de situation sur l'exécution des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Cent vingt-deux Etats Membres ont soumis leurs rapports nationaux de surveillance qui ont été soumis à un examen régional et mondial. Le rapport¹ montre qu'il existe dans une grande majorité de pays une volonté politique d'atteindre l'objectif de la santé pour tous et que nombre de pays ont déjà entrepris la formulation de politiques, stratégies et plans d'action sanitaire conçus pour atteindre cet objectif.

4. Notant toutefois l'ampleur de cette tâche et le temps relativement bref dont on dispose encore pour atteindre le but fixé, l'Assemblée de la Santé a demandé instamment aux Etats Membres d'accélérer la réorientation et la révision des systèmes de santé aux fins des soins de santé primaires, de renforcer encore la capacité gestionnaire de leur système de santé, y compris pour produire, analyser et utiliser les informations requises, et d'utiliser au mieux les ressources de l'OMS en les consacrant aux principales activités requises pour mettre en oeuvre, surveiller et évaluer leur stratégie nationale. Elle a en outre prié le Directeur général de veiller à ce qu'un appui intensif, bien conçu et convenablement ciblé, soit apporté aux Etats Membres pour la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation de la stratégie, notamment dans les pays qui en ont le plus besoin et qui y sont prêts (résolution WHA37.17).

5. Le caractère critique de la situation socio-économique, les rivalités politiques et les effets de la sécheresse ont ralenti l'élaboration des stratégies de la santé pour tous en Afrique. Le Bureau régional de l'Afrique a participé à la préparation d'un rapport du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies sur la situation sociale et économique en Afrique lequel a été soumis à la session ordinaire du Conseil économique et social pour 1984 qui s'est tenue en juillet à Genève. Les 24 pays les plus gravement atteints par la crise sont les suivants : Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cap-Vert, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Mali, Mauritanie, Mozambique, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Somalie, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Cette situation catastrophique rend encore plus nécessaire la poursuite de l'objectif de la santé pour tous avec une ténacité accrue et le Bureau régional a redoublé ses efforts pour aider les Etats Membres à formuler des stratégies nationales et régionales.

¹ Document WHA37/1984/REC/1, annexe 3, partie 1.

6. Au cours d'une consultation sur le plan régional d'action pour les stratégies de la santé pour tous, qui s'est tenue au Bureau régional de l'Asie du Sud-Est en juillet 1984, on a fait le point des plans d'action régional et nationaux et proposé des mesures pour les améliorer. En outre, on a examiné les mécanismes de surveillance et d'évaluation des stratégies, des politiques et des plans d'action, aux niveaux national et régional ainsi que l'appui informationnel requis à cet égard.
7. En septembre 1984, le Comité régional de l'Europe a examiné et approuvé les cibles régionales fixées pour appuyer la stratégie et le plan d'action régionaux. Il a également passé en revue la liste des indicateurs proposés pour surveiller et évaluer la stratégie. Le Bureau régional collabore avec plusieurs Etats Membres, notamment l'Espagne, Malte, la Norvège et le Portugal, à l'élaboration de stratégies nationales. Des programmes de collaboration à moyen terme ont été établis et signés pour l'Espagne, le Portugal et la République démocratique allemande et des négociations concernant de tels programmes sont en cours en Albanie, en Grèce, en Hongrie, à Malte, au Maroc et en Turquie. L'élaboration des plans nationaux s'appuie sur des scénarios "de la santé pour tous". La Finlande, les Pays-Bas et la Suède cherchent à déterminer divers moyens de réaliser la santé pour tous et à analyser les conséquences possibles des différentes stratégies afin de les incorporer dans de tels scénarios qui seront soumis à un débat public et utilisés pour élaborer les politiques sanitaires nationales.
8. Divers Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale ont revu leurs politiques sanitaires et formulé des stratégies nationales de la santé pour tous. En mars 1984, le Comité consultatif régional, récemment institué, a fait le point de la mise en oeuvre des stratégies nationales et repéré un certain nombre de contraintes qui peuvent entraver les progrès futurs comme la situation politique troublée de certains pays de la Région, le ralentissement du développement économique et l'insuffisance des capacités gestionnaires nationales, y compris l'absence d'un appui informationnel.
9. Dans la Région du Pacifique occidental, les indicateurs de la santé pour tous utilisés pour la surveillance ont été revus et remaniés. La première opération de surveillance a accéléré l'élaboration, par les Etats Membres, de procédures et mécanismes pour la mise à jour et la surveillance continue de leurs stratégies nationales. L'OMS a collaboré avec trois pays à des analyses, études et examens des politiques afin de faciliter la formulation de leur politique sanitaire nationale tandis que, dans quatre pays, un appui a été fourni pour l'examen et la mise à jour des stratégies nationales.
10. Selon le Plan d'action pour la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale de la santé pour tous,¹ les Etats Membres devraient procéder à la première évaluation de leur stratégie nationale d'ici mars 1985. Pour faciliter leur tâche, le Secrétariat a préparé, en consultation avec les bureaux régionaux, des "canevas et format communs"² pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Certaines activités préparatoires, entreprises aux niveaux national, régional et mondial, sont destinées à faciliter une application systématique du processus d'évaluation. Quatre ateliers se sont tenus dans la Région africaine à l'intention d'un personnel national de haut niveau, de coordonnateurs des programmes OMS et d'un personnel interpays venus de 42 Etats Membres. Les canevas et format communs ayant été mis à l'essai dans 12 pays d'Afrique, les résultats de cet essai furent communiqués au Comité régional en septembre 1984. Dans la Région des Amériques, des essais similaires ont eu lieu au Brésil, en Jamaïque, dans la République dominicaine et au Venezuela, et les résultats ont été soumis au Comité régional à sa session de septembre 1984. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, les canevas et format ont été examinés et approuvés par le Comité consultatif du Développement et de la Gestion du Programme. Tout le personnel du Bureau régional, ainsi que les coordonnateurs des programmes OMS, ont été spécialement informés de l'appui requis par les Etats Membres en vue de l'évaluation de leur stratégie. Les canevas et format communs ont été également mis à l'essai dans deux pays et un appui a été fourni à d'autres Etats Membres.

¹ OMS, Série "Santé pour tous", N° 7, 1982.

² Evaluation des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : canevas et format communs (document DGO/84.1).

11. Le Comité régional pour l'Europe a approuvé les indicateurs régionaux qu'il est proposé d'incorporer dans les canevas et format communs. Dans la Région de la Méditerranée orientale, ces derniers ont été mis à l'essai au Koweït et au Yémen et une réunion des points focaux nationaux destinée à faciliter son utilisation pour l'évaluation des stratégies nationales s'est tenue à Chypre en août 1984. Les canevas et format communs ont été aussi examinés par le Comité régional du Pacifique occidental et des indicateurs régionaux y ont été incorporés pour la surveillance. Un appui a été fourni aux Etats Membres pour évaluer leurs stratégies. Au Siège de l'OMS, des consultations sur le processus d'évaluation se sont tenues avec un personnel de haut niveau pour veiller à ce que l'orientation générale de l'Organisation aide les Etats Membres à s'acquitter de cette importante tâche.

12. L'OMS a participé à la Conférence internationale sur la Population qui s'est tenue à Mexico du 6 au 13 août 1984 et qui a réaffirmé certains des principes fondamentaux de la Stratégie de la santé pour tous. C'est ainsi, par exemple, que la Déclaration de Mexico sur la population et le développement et les 88 recommandations de la Conférence reconnaissent les risques pour la santé d'une "fécondité qui dépasse le niveau souhaité" et estiment qu'une "attention particulière doit s'attacher aux services de santé maternelle et infantile dans le cadre de l'organisation des soins de santé primaires", mentionnent expressément l'allaitement naturel, un assainissement adéquat, l'approvisionnement en eau potable, les programmes de vaccination, la réhydratation par voie buccale et l'espacement des naissances comme des aspects essentiels de ces services, soulignent l'importance du statut et du rôle des femmes et le droit des couples et des individus à "décider librement, en toute responsabilité et sans contrainte, du nombre et de l'espacement de leurs enfants" et soulignent de nouveau la nécessité d'une poursuite des recherches et d'une pleine participation communautaire dans le cadre des programmes de développement sanitaire et démographique (voir le document E/CONF.76/19 de l'Organisation des Nations Unies). La Stratégie mondiale de la santé pour tous offre le cadre nécessaire à l'exécution des recommandations du Plan d'action mondial sur la population qui concernent la santé. Il est toutefois essentiel d'analyser chacune de ces recommandations à la lumière de la Stratégie pour bien comprendre ses incidences à l'égard de la communauté internationale, notamment de l'OMS, et de l'appliquer de manière à favoriser les actions nationales.

13. En 1984, l'OMS a analysé à fond son appui à la réalisation des objectifs de la Décennie des Nations Unies pour la femme (1976-1985) et fait le point des progrès réalisés et des obstacles rencontrés. Tous les comités régionaux, au cours de leurs sessions de 1984, ont examiné la situation et le rôle des femmes dans la santé et le développement et recensé les domaines dans lesquels des efforts accrus s'imposent. Dans cinq régions, on a adopté des résolutions priant instamment les Etats Membres et les directeurs régionaux de poursuivre leurs efforts afin d'améliorer à la fois la situation sanitaire des femmes et leur contribution potentielle à la santé des autres. En vue de les incorporer dans les stratégies mondiales qui seront examinées au cours de la Conférence mondiale sur la Décennie pour les femmes qui se tiendra à Nairobi en juillet 1985, on a formulé des stratégies pour la promotion de la santé des femmes et de leur rôle dans la santé et le développement.

III. DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

Organisation de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires

14. Pour accélérer le renforcement ou la réorientation de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires (SSP), plusieurs pays ont commencé à recenser systématiquement les lacunes et les difficultés auxquelles ils se heurtent pour introduire les changements nécessaires dans leurs systèmes de santé et pour prendre des mesures correctives. Dans la Région africaine, on a entrepris des études sur les soins de santé primaires dans 12 pays, avec l'aide de l'OMS, en utilisant un ensemble de directives et de modèles de questionnaire adaptés aux intérêts et priorités spécifiques de chaque pays. Ces études sont considérées comme des instruments de gestion stratégiques qui permettront de recenser systématiquement les principales lacunes administratives et de mettre en oeuvre les mesures correctives nécessaires.

15. Pour trouver de nouvelles méthodes permettant d'accélérer la mise en oeuvre des SSP, plusieurs Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est ont pris d'importantes initiatives. Les efforts des gouvernements ont porté sur le renforcement du système de santé aux niveaux intermédiaire et inférieur et à la mise en place d'une infrastructure sanitaire destinée à répondre à

la demande croissante de SSP au niveau communautaire. Parmi les principaux exemples de telles initiatives, on peut citer : le renforcement de l'infrastructure sanitaire du Bangladesh au niveau du district (upazilla); l'adoption en Indonésie de mesures intégrées de protection familiale fondées sur la restructuration des services de santé; l'application, dans la province (aimak) de Huvsgul, en Mongolie, de modèles de SSP conçus pour développer au maximum l'auto-responsabilité au niveau communautaire; la mise au point, en Thaïlande, d'une approche des SSP applicable au niveau communautaire et privilégiant l'action intersectorielle, l'autoresponsabilité et la gestion décentralisée; enfin, l'utilisation dans la République populaire démocratique de Corée d'une approche basée sur des unités décentralisées dirigées chacune par un médecin. Un séminaire interpays sur les SSP s'est tenu à Oulan Bator en août pour examiner ces diverses approches et comparer les expériences des pays.

16. Un certain nombre de pays de la Région européenne, dont l'Espagne, la Grèce et la Turquie, ont accru leurs efforts pour réorganiser leurs systèmes de santé aux fins des SSP. Parmi les principales activités destinées à soutenir les efforts nationaux au cours de l'année 1984 figurent : une consultation à Madrid sur des critères et directives pour une planification sanitaire régionale intégrale, compte tenu de la loi espagnole de 1984 sur les structures sanitaires de base, un atelier national sur la création des centres de santé à Athènes, un cours de formation aux soins de santé primaires pour enseignants à l'Université de Tampere en Finlande, le quatrième cours international sur l'organisation et l'évaluation des SSP dans les pays en développement à Bruxelles, le premier cours de formation international sur l'assurance de la qualité à Barcelone (Espagne) et une consultation sur la planification de la technologie dans les centres de soins de santé à Copenhague.

17. Dans la Région du Pacifique occidental, l'OMS a collaboré avec cinq pays à l'examen de leurs systèmes de santé et à la mise au point d'un plan d'action qui vise à orienter vers les SSP un personnel national clé aux niveaux intermédiaire et périphérique, à renforcer la capacité de gestion au niveau intermédiaire de l'administration sanitaire et à faire des plans qui répondent aux besoins des hopitaux situés aux deuxième et troisième niveaux d'orientation-recours. L'OMS fournit également un appui pour le développement des SSP en zone urbaine à Manille et à Séoul.

18. L'OMS et le FISE ont collaboré avec certains pays pour accélérer le développement des SSP, recenser les problèmes et contraintes critiques qui entravent l'application des SSP et appuyer l'application éventuelle de mesures correctives. Le Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires (CMDS) a choisi à cet effet la Birmanie, l'Ethiopie, la Jamaïque, le Népal, le Nicaragua, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Yémen démocratique. En 1984, l'Indonésie et le Pérou ont déclaré vouloir aussi participer à ce processus. Une consultation réunissant des représentants de ces pays, l'OMS et le FISE à Montego Bay, (Jamaïque), en juillet 1984, a évalué les résultats de ces efforts conjugués et recensé les problèmes clés auxquels les pays doivent faire face pour la mise en oeuvre des SSP ainsi que les domaines où l'appui de l'OMS et du FISE serait le plus utile. Il en est résulté un certain nombre de recommandations qui seront présentées à la prochaine session du CMDS en janvier 1985.

19. Pour accroître l'intérêt porté au renforcement et à la réorientation de systèmes de santé urbains basés sur les SSP, et favoriser les mesures prises dans ce sens, l'OMS et le FISE ont analysé la situation sanitaire d'un certain nombre de pays en faisant ressortir les différences qui apparaissent dans les villes par rapport aux zones rurales et en soulignant les mesures à prendre pour améliorer les services. Une consultation interrégionale avec les pays concernés, tenue à Guayaquil (Equateur) en octobre 1984, a donné l'occasion de comparer les expériences acquises aux différents modèles de soins en zone urbaine et diverses méthodes permettant d'étendre les soins aux populations urbaines déshéritées. Onze rapports émanant de neuf pays (Brésil, Colombie, Equateur, Ethiopie, Guatemala, Inde, Pérou, Philippines et République de Corée) ont été examinés à cette occasion. Les participants ont passé en revue des questions ayant trait aux ressources, à la participation communautaire et à une couverture intégrale par les SSP des populations urbaines déshéritées, et ils ont fait un certain nombre de propositions sur l'orientation future du soutien accordé par le FISE et l'OMS. Le rapport sera examiné par le CMDS en janvier 1985.

20. Un séminaire interrégional coparrainé par le FISE, le PNUD, l'OMS et le Gouvernement de Sri Lanka a été organisé à Colombo pour étudier certains aspects de l'expérience de ce pays

concernant les programmes de SSP et autres programmes sociaux connexes à participation communautaire qui favorisent la santé; l'accent a été mis sur le rôle des femmes, l'alphabétisme, l'alimentation et la nutrition, y compris l'aide alimentaire, les besoins des femmes et des enfants en SSP, le développement des personnels et les mécanismes de gestion des systèmes de santé nationaux. Assistaient à ce séminaire des hauts fonctionnaires de la santé et d'autres secteurs venus de 16 pays. Après un examen des recommandations, les autorités sri-lankaises ont pris des mesures à l'égard de certaines d'entre elles.

21. Les pays reconnaissant de plus en plus la nécessité d'utiliser au mieux les ressources sanitaires disponibles et de s'employer à mettre en oeuvre des programmes de soins de santé intégrés, cette prise de conscience s'est manifestée de diverses manières et notamment par la mise sur pied, à New Delhi en juillet 1984, d'une consultation interrégionale qui visait à examiner les occasions qui s'offrent au niveau opérationnel des systèmes de prestations sanitaires, d'intégrer les programmes de santé et les difficultés auxquelles on se heurte à cet égard. Les participants de neuf pays (Arabie saoudite, Brésil, Ethiopie, Finlande, Inde, Indonésie, Kenya, Malaisie et Philippines) ont examiné les moyens d'étendre et de renforcer la couverture, la portée et l'efficacité des systèmes de santé. Ils ont conclu qu'il fallait accorder une priorité accrue au développement des éléments infrastructureux de ces systèmes et que l'on devait élargir et divulguer, pour stimuler les progrès dans les pays, les expériences acquises avec des systèmes complètement intégrés sur la base des SSP.

Processus gestionnaire, y compris l'appui informationnel

22. Le premier rapport sur la surveillance des progrès réalisés dans l'exécution des stratégies nationales de la santé pour tous montre que les capacités gestionnaires nationales, y compris pour la collecte, l'analyse et l'utilisation de l'information à l'appui du processus, doivent être encore accrues. La Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Secrétaire général d'intensifier dans ces domaines la coopération technique avec les Etats Membres (résolution WHA37.17).

23. Dans la Région africaine, les Comores, le Malawi, le Sénégal, les Seychelles et le Zimbabwe ont pris des mesures pour renforcer leur processus gestionnaire. L'OMS a fourni une aide pour la mise au point des matériels d'enseignement appropriés ainsi que pour une formation à la gestion au Gabon, en Namibie et au Togo. Une coopération technique s'est instaurée avec la Guinée-Bissau pour la formulation d'un plan de renforcement de l'appui informationnel aux fins de la gestion des programmes de santé, notamment en santé maternelle et infantile. Un centre collaborateur régional pour l'évaluation de la situation et des tendances sanitaires a été mis en place à Maurice. Ce centre constituera un mécanisme interpays pour l'utilisation conjointe et le renforcement de l'appui informationnel apporté au processus de gestion sanitaire dans les pays de l'océan Indien. Des ateliers nationaux pour la formation du personnel de santé à la collecte et à l'analyse de l'information en vue de l'évaluation des programmes de santé se sont tenus au Congo et au Lesotho. Enfin, un plan d'action pour l'introduction des nouveaux mécanismes gestionnaires a été mis au point tandis que des études pilotes pour l'introduction de ces mécanismes étaient entreprises dans sept pays.

24. Des ateliers sur la planification, l'administration et l'évaluation des systèmes de santé ont eu lieu en 1984 dans la Région des Amériques à l'intention des décideurs et d'un personnel régional et national. Des subventions ont été accordées à des écoles de santé publique pour des cours sur le développement des systèmes de santé qui seront dispensés à des agents de santé ainsi que pour des échanges d'enseignants. Pendant que le Brésil, la Colombie, le Costa Rica et le Mexique introduisaient des mesures de régionalisation, de regroupement et d'intégration de leurs services nationaux de santé, le Costa Rica, le Mexique et le Nicaragua recevaient des subventions pour des activités de décentralisation et de coordination intersectorielle. Une consultation régionale sur la décentralisation des services de santé a eu lieu à Mexico et 28 pays de la Région ont bénéficié d'une coopération technique dans le domaine de la législation sanitaire. Un examen de la coordination entre les ministères de la santé et les organismes de sécurité sociale a été entrepris dans 16 pays et ses résultats présentés à la réunion des ministres de la santé et des directeurs des organismes de sécurité sociale d'Amérique centrale et de Panama, en juillet.

25. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, une coopération technique s'est engagée avec plusieurs pays pour le processus de planification. Les Maldives ont formulé leur plan de santé et analysé l'utilisation de leurs ressources, la Birmanie a formulé son troisième plan populaire de la santé et le Bhoutan a achevé la formulation de son sixième plan. L'aptitude des pays à engendrer les ressources nécessaires pour exécuter les stratégies et plans de la santé pour tous suscite des préoccupations croissantes. Une consultation interpays, qui s'est tenue sur ce sujet en 1983, a entraîné l'organisation dans certains pays d'activités nationales de recherche et de planification dans les domaines de l'économie et du financement de la santé. L'Indonésie a formulé un plan à long terme de développement sanitaire et elle a conçu et expérimenté un système national d'assurance-maladie, tandis que la Thaïlande faisait une évaluation économique de son programme de lutte antipaludique et que l'Inde et le Népal analysaient les coûts des soins de santé. Des études sur le développement de l'organisation sanitaire ont été entreprises en Indonésie, aux Maldives et à Sri Lanka. Plusieurs pays ont étudié les moyens de simplifier et d'améliorer les systèmes d'appui afin de favoriser un fonctionnement efficace des services de santé périphériques. Des systèmes de surveillance et d'administration du personnel sont examinés en Birmanie, en Indonésie et en Thaïlande et, parmi les nouvelles approches utilisées pour former un personnel de santé à la gestion, figurent l'analyse sur le terrain et les modèles conçus pour la solution des problèmes. Lors de l'exécution de leurs plans et programmes de santé, les pays accordent une attention accrue au processus d'évaluation. Un groupe de travail scientifique sur l'évaluation des SSP a mis au point des directives utilisables au niveau des pays ainsi qu'un mécanisme régional pour la collecte, le collationnement, le stockage et la publication annuelle de l'information sanitaire.

26. Le Troisième Congrès international sur la science des systèmes appliquée aux soins de santé, qui s'est tenu à Munich en juillet 1984, était coparrainé par le Bureau régional de l'Europe. Il a réuni des chercheurs représentant des disciplines très diverses qui ont examiné les améliorations pouvant être apportées aux systèmes de santé ainsi que l'évolution de ces systèmes. La Conférence européenne sur la planification et la gestion dans le domaine de la santé, qui s'est tenue à La Haye (Pays-Bas) en août 1984, a examiné la planification sanitaire et le processus gestionnaire dans divers contextes politiques, sociaux et administratifs et différents systèmes de santé. La Conférence a présenté aux pays et à l'OMS un certain nombre de recommandations concernant le renforcement du processus gestionnaire et la recherche d'autres mécanismes. Une formation au processus gestionnaire pour le développement sanitaire national s'effectue, dans toutes les langues de travail officielles de la Région, avec l'aide de centres collaborateurs. Une attention particulière a été portée à la formation concernant la planification des services pour personnes âgées, à l'évaluation des services de santé ainsi qu'à la lutte contre les maladies non transmissibles. Le Bureau régional met au point un système d'information basé sur l'ordinateur pour aider les pays à surveiller leurs indicateurs sanitaires.

27. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'OMS a largement diffusé les principes directeurs du processus gestionnaire et des matériels d'apprentissage sur ce sujet rédigés dans les langues de la Région. Un deuxième atelier interpays sur le processus s'est tenu à Riad en 1984 avec des participants venus de sept pays. Il a été suivi d'ateliers nationaux organisés dans plusieurs pays. L'OMS a également coopéré avec un certain nombre de pays à la mise sur pied d'un système d'encadrement de niveau intermédiaire et à l'amélioration de l'appui informationnel pour le processus gestionnaire. Une réunion interpays sur l'information et l'enseignement en matière de politiques sanitaires et d'approches des soins de santé primaires a eu lieu à Riad avec des participants venus de 12 pays. A la suite d'une résolution adoptée en janvier 1984 par le Conseil des Ministres de la Santé des Pays arabes du Golfe, on a dressé des plans, actuellement bien avancés, pour effectuer dans ces pays une série d'enquêtes sur la mortalité et la morbidité des nourrissons et des jeunes enfants avec la collaboration du FISE. On a aussi mené à bien une étude pilote en Tunisie, des enquêtes sur la morbidité générale en Somalie et dans la République arabe syrienne et des enquêtes sur la morbidité hospitalière dans la Jamahiriya arabe libyenne et au Pakistan.

28. L'appui apporté par l'OMS aux pays de la Région du Pacifique occidental pour leur permettre de renforcer leurs systèmes d'information sanitaire s'est considérablement accru. La banque de données régionale contient maintenant des indicateurs mondiaux et régionaux. Deux pays ont entrepris une évaluation de leurs systèmes d'information en santé maternelle et infantile. Un cadre pour l'élaboration d'un système d'information en gestion sanitaire orienté vers les usagers a été élaboré dans la République démocratique populaire lao et l'on y a entrepris

des activités de formation et de développement. Le renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique a été privilégié dans le Pacifique Sud où l'on a organisé des ateliers nationaux et régionaux. Une analyse des données sur la morbidité et la mortalité visant à déterminer l'évolution des maladies s'est achevée à Fidji et à Tonga et suit son cours à Samoa et aux îles Salomon. Les pays du Pacifique Sud ont recensé les lacunes de leurs programmes d'appui gestionnaire et entrepris d'élaborer, avec l'OMS et le PNUD, des procédures et des modules de formation pour les fournitures et la logistique, l'entretien du matériel et des installations, la gestion et l'encadrement du personnel et la gestion financière. Une analyse des méthodes et pratiques gestionnaires actuelles a été entreprise dans un certain nombre de pays en vue d'un renforcement, si nécessaire. Les pays ont considéré que la formation à divers aspects de la gestion constituait l'une de leurs principales priorités et le Bureau régional a collaboré à des programmes nationaux de formation.

29. Au cours de la première opération de surveillance, on a noté des lacunes dans l'appui informationnel pour le processus gestionnaire, y compris la surveillance et l'évaluation des stratégies de la santé pour tous. Un certain nombre de pays ont commencé à évaluer leurs services existants dans les domaines de l'épidémiologie et des statistiques sanitaires, afin de réorienter et de renforcer l'appui informationnel fourni pour la gestion des systèmes nationaux de santé ainsi que pour la surveillance et l'évaluation des stratégies nationales. Pour soutenir ces initiatives, on intensifie la collaboration avec les Etats Membres et les institutions internationales.

Développement des ressources humaines

30. Conscients de la nécessité d'une mobilisation et d'une utilisation plus intensives des ressources humaines pour la mise en oeuvre des stratégies nationales, les Etats Membres ont commencé à porter une attention accrue à la planification et à l'évaluation de programmes de développement des personnels de santé conformes aux besoins de leurs systèmes de santé, respectant en cela les dispositions de la résolution WHA37.17, alinéa 1(5). Une consultation inter-régionale sur les politiques et les plans en matière de main-d'oeuvre sanitaire s'est tenue en Indonésie en octobre 1984. Trois problèmes majeurs ont été recensés : absence de participation des personnes concernées à l'élaboration des politiques et des plans, manque de moyens gestionnaires et motivation insuffisante. Parmi les approches suggérées à cette occasion pour résoudre ces problèmes figuraient une analyse du rôle des différentes parties affectées par les plans; la participation des personnels de santé à tous les échelons du système de santé au recensement des objectifs et des stratégies nécessaires pour les atteindre; une évaluation de la manière dont les plans sont exécutés; enfin, une meilleure communication entre les différents niveaux des services de santé.

31. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le Bangladesh, la Birmanie, l'Indonésie, le Népal, Sri Lanka et la Thaïlande ont fourni des efforts significatifs pour adapter la planification des personnels de santé à l'évolution de leurs systèmes de santé et améliorer la consultation et la coordination entre les établissements de formation - c'est-à-dire les producteurs de main-d'oeuvre - et les ministères de la santé - les utilisateurs. Afin d'aider les pays de la Région à réorienter leur action en fonction des soins de santé primaires, le Bureau régional de l'Europe a entrepris de revoir la législation sur les soins infirmiers dans un certain nombre de pays. Les représentants de cinq pays s'occupent actuellement d'élaborer de nouvelles directives qui devraient aider les pays à fixer des normes pour les prestations sanitaires. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les activités de développement des personnels de santé ont surtout porté sur la révision des programmes d'étude et la formation. Une réunion inter-pays pour l'établissement de programmes d'étude axés sur la communauté et des tâches déterminées s'est tenue à l'Ecole de Médecine de Gezira au Soudan et des études d'évaluation des services infirmiers conduites en Somalie et en République arabe syrienne ont préparé la réunion inter-pays convoquée au Pakistan pour l'élaboration de recommandations sur les moyens d'améliorer les services infirmiers. Les deux tiers environ des pays de la Région ont également indiqué qu'ils prenaient des mesures pour réorienter leurs programmes de formation de telle sorte que les agents de santé exécutent des tâches qui répondent aux problèmes et aux besoins prioritaires de santé. Plusieurs pays ont accordé dans le courant de l'année une importance toute particulière à la formation des accoucheuses traditionnelles et d'enseignants pour les SSP.

32. Dans la Région du Pacifique occidental, un atelier interpays sur les programmes de formation à la gestion en vue du développement sanitaire national a été organisé au Centre régional OMS de formation d'enseignants de Sydney, en Australie. La recherche sur les personnels de santé considérée comme un élément important de la recherche sur les services de santé a été l'un des thèmes de la neuvième session du Comité consultatif de la Recherche médicale de la Région du Pacifique occidental, tenue en avril 1984. La Chine, la République démocratique populaire lao et les Philippines ont bénéficié d'une aide de l'OMS dans plusieurs secteurs particuliers de la planification et de la formation des personnels de santé.

33. Les résultats de 15 études de cas sur la responsabilité dans le domaine des soins de santé primaires ont été analysés et sont actuellement publiés sous forme de supplément aux publications L'agent de santé communautaire¹ et Si vous êtes chargé de.² Un document de base et un plan d'orientation ont été préparés à l'intention des gestionnaires des services de santé pour les aider à présenter des études de cas sur l'encadrement des personnels de santé dans le contexte des SSP. Afin d'inciter les personnels infirmiers à assumer des fonctions de direction au niveau des SSP, le Conseil international des Infirmières a organisé, en coopération avec l'OMS, cinq ateliers régionaux avec des participants venus de 63 pays. L'OMS a également aidé la Fondation infirmière internationale du Japon à axer ses activités, dans l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental, sur l'élaboration de stratégies d'encadrement et de matériel d'orientation à l'intention des personnels infirmiers des services de soins de santé primaires. Sept pays surveillent actuellement une réforme de l'évaluation et de la pratique des soins infirmiers à l'appui des SSP.

34. Dans le cadre du programme interrégional de production de matériels pédagogiques exécuté avec l'aide du PNUD, des plans détaillés ont été établis en 1984 pour la mise en oeuvre, au Bénin, au Kenya, au Maroc, au Mozambique, au Népal, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda et au Soudan, de projets nationaux de cinq ans à l'issue desquels les pays concernés devraient pouvoir parvenir à l'autoresponsabilité en matière de mise au point et de production de matériels d'enseignement/apprentissage. Les préparatifs en cours dans tous ces pays ont notamment consisté à former des personnels clés, à mettre en place les infrastructures et les locaux, enfin à commander et à installer l'équipement et les fournitures nécessaires.

35. Les discussions techniques qui ont eu lieu à la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur "Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous" ont permis d'attirer l'attention des gouvernements et des milieux universitaires sur la tâche difficile qui consistera à mobiliser les universités dont la contribution au développement sanitaire et humain peut être considérable. Le rapport établi à l'issue de ces discussions,³ qui comporte des recommandations adressées aux gouvernements, aux universités et à l'OMS, a été largement diffusé pour promouvoir le dialogue et les mesures qui s'imposent dans ce domaine.

Engagement communautaire

36. Alors que de nombreux pays s'efforcent de promouvoir l'engagement communautaire au développement sanitaire, la décentralisation et la délégation des pouvoirs aux échelons intermédiaires et locaux de l'administration sanitaire et aux communautés ne paraît guère progresser. Certains pays tentent des approches novatrices. Au Bangladesh, par exemple, on est allé jusqu'à faire participer des représentants de la population à la prise des décisions en matière de développement et, en Thaïlande, on a encouragé l'autoresponsabilité et la gestion de services communautaires par des mesures de participation directe. Les participants à une réunion tenue à Alexandrie, Egypte, sur le rôle des institutions religieuses dans le développement sanitaire ont exploré les moyens de promouvoir des modes de vie sains et l'autoresponsabilité communautaire. Au total, 16 études de cas sur la participation communautaire à l'action de santé et

¹ Organisation mondiale de la Santé. L'agent de santé communautaire : Guide d'action, guide de formation, guide d'adaptation. Edition révisée. Genève, 1981.

² McMahon, R. et al. Si vous êtes chargé de. Guide de gestion à l'usage des responsables des soins de santé primaires au niveau intermédiaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981.

³ Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous : contribution au développement humain et à la justice sociale, septembre 1984 (document de l'OMS).

de développement ont été conduites dans huit pays d'Amérique latine et des Caraïbes afin de préciser les concepts et les connaissances sur la participation de la communauté à l'action de santé.

37. Dans huit pays de la Région du Pacifique occidental, l'OMS s'est associée à des activités de renforcement de l'engagement communautaire et de la coordination intersectorielle consistant en une série de séminaires, d'ateliers et de réunions sur les SSP. Alors que les ateliers organisés aux niveaux national (Tokelau et Vanuatu par exemple) ou provincial (Papouasie-Nouvelle-Guinée par exemple) visaient à promouvoir le concept des SSP, ceux qui ont eu lieu aux niveaux du district et de la communauté étaient davantage axés vers l'action; ils ont d'ailleurs abouti à l'organisation de groupes qui travaillent à promouvoir dans les communautés des actions collectives en faveur du développement sanitaire. Les activités des comités sanitaires de village de Fidji et des comités de développement villageois mis en place dans la zone pilote de Papouasie-Nouvelle-Guinée ont été des plus encourageantes cependant que des associations villageoises analogues se créaient à Kiribati, aux îles Salomon et à Vanuatu. Dans un pays, les conseils existants de développement de plus de 90 % des villages ont été transformés en conseils villageois pour les SSP.

38. Deux tendances concernant l'engagement communautaire doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. L'une est la tendance qui consiste à considérer l'engagement communautaire comme une panacée pour résoudre les problèmes liés à la pénurie de ressources. L'autre consiste à restreindre l'engagement communautaire à des actions limitées dans le temps et orientées vers des problèmes bien distincts. Quand bien même de telles actions constitueraient des points d'entrée utiles, elles ne sauraient suffire à promouvoir l'autosuffisance et l'autoresponsabilité. L'expérience acquise grâce à des efforts novateurs dans certains pays a prouvé qu'on est parvenu à une couverture adéquate et à l'utilisation des services de santé préventifs et curatifs au niveau du village quand la population assumait la responsabilité principale des soins de santé primaires en collaboration avec les services de santé. Une telle participation garantit habituellement que la communauté a la motivation nécessaire pour accepter et utiliser les services et elle indique aussi aux décideurs les besoins et les aspirations qu'éprouve la communauté. La stratégie des Caraïbes sur la participation communautaire et l'éducation communautaire pour la santé, issue d'un atelier des Caraïbes qui s'est tenu à Antigua en juin 1984, soulignait que la décentralisation du processus de planification est fondamentale pour promouvoir l'engagement des membres de la communauté, des agents de terrain du secteur de la santé et des secteurs connexes, et des organisations bénévoles et non gouvernementales. En tant que moyen d'obtenir la participation de la communauté, la décentralisation doit tenir dûment compte des besoins, des problèmes et des ressources de la communauté, de son climat socio-économique et politique, des facteurs culturels, du niveau d'alphabétisation de la population, de l'infrastructure sanitaire et du degré d'engagement aux divers échelons.

Coordination intersectorielle

39. S'il est vrai que la participation d'autres secteurs clés au développement sanitaire est maintenant reconnue aux niveaux national, régional et mondial comme l'une des composantes essentielles des SSP, la coordination et la coopération intersectorielles n'en restent pas moins très complexes et de nombreux pays s'efforcent de résoudre ce problème difficile.

40. Dans la Région des Amériques, un groupe de travail sur l'action intersectorielle de santé a formulé des propositions concrètes pour une action au niveau national. C'est sur son impulsion qu'a été établi le document de travail soumis au Comité régional sur la crise économique en Amérique latine et dans les Caraïbes et ses répercussions dans le secteur sanitaire. Une étude qui avait pour thème "le développement sanitaire et social au Costa Rica : action intersectorielle" a fourni un bilan complet des incidences sur la situation sanitaire des actions engagées dans d'autres secteurs, des répercussions sanitaires des ajustements économiques à la crise actuelle et des mécanismes de coordination intersectorielle qui se sont révélés exceptionnellement efficaces.

41. Un projet mis sur pied dans la province de Korat en Thaïlande prévoit, au niveau du pays, des provinces, des districts, des sous-districts et des villages, des actions intersectorielles des ministères de la santé publique, de l'éducation, de l'agriculture et des coopératives et de l'intérieur, avec en outre la participation de la population au processus de développement

dans les villages et l'utilisation d'indicateurs sociaux comme instruments de planification pour la mise au point des projets et la répartition des ressources disponibles. A la suite d'une étude conduite par l'Institut Marga de Sri Lanka, des recherches ont été entreprises dans une zone d'exploitation agricole et de plantations pour déterminer l'influence du secteur sanitaire et d'autres secteurs sur la situation sanitaire.

42. La collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies est restée très active. On s'est efforcé de consacrer moins de temps aux conférences tenues dans les grandes villes pour promouvoir et mettre en oeuvre des actions concrètes dans les communautés. Le groupe sur le développement rural du Comité administratif de Coordination (CAC) de l'Organisation des Nations Unies joue un rôle croissant dans l'action intersectorielle de santé. Son tableau d'experts de la participation de la population a organisé en octobre à Arusha, République-Unie de Tanzanie, un atelier au cours duquel ont été examinées des études de cas sur la participation au développement rural des secteurs de la santé, de l'agriculture et de la main-d'oeuvre avec le concours d'associations féminines. En outre, des études de cas conduites au Botswana, au Burkina Faso, au Congo, au Ghana, au Kenya, au Malawi, en République-Unie de Tanzanie, au Sénégal et en Zambie ont été présentées. Les participants à cet atelier et à la quatrième réunion du groupe d'experts tenue immédiatement après sont convenus d'un programme commun exécuté avec la participation du FISE, du PNUD, de l'OIT, de la FAO, de l'OMS et du Fonds international de Développement agricole (FIDA). Le Nigéria, l'Ouganda, le Sénégal et le Zimbabwe, pays où la collaboration de l'OMS au développement sanitaire avec l'aide d'associations féminines donne de bons résultats, ont été sélectionnés pour les activités préliminaires de ce programme interinstitutions multisectoriel.

43. Les discussions techniques qui ont eu lieu pendant la session de 1984 du Sous-Comité A du Comité régional de la Méditerranée orientale (13-16 octobre) avaient pour thème "La collaboration intersectorielle dans le développement sanitaire". Parmi les suggestions émanant de ces discussions figuraient les suivantes : la nécessité d'élaborer des procédures et des mécanismes clairs pour la collaboration entre les différents échelons des services de santé; une communication et un contact meilleurs et constants entre le secteur de la santé et les autres secteurs qui déploient des activités en rapport avec la santé ou affectant celle-ci. Le Sous-Comité a conclu par ailleurs que si la législation touchant les méthodes et procédures de collaboration revêt de l'importance, la collaboration intersectorielle peut aussi être renforcée par la diffusion et le partage d'informations valables et fiables sur la santé et les questions en rapport avec celle-ci. Il a été jugé nécessaire de créer et d'utiliser de tels moyens de communication. La collaboration intersectorielle relève essentiellement des autorités nationales et il est manifestement nécessaire d'approfondir l'analyse des contraintes et de partager entre les Etats Membres des informations sur les approches qui ont été couronnées de succès.

IV. COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES¹

Education pour la santé

44. En organisant des échanges d'expériences, des actions de coopération technique, des séances de formation, des travaux de recherche et la diffusion de renseignements, l'OMS a soutenu les efforts fournis par les Etats Membres pour informer et éduquer la population en vue de promouvoir des modes de vie sains incitant à l'autoresponsabilité. Les participants à un atelier inter pays tenu dans la Région de l'Asie du Sud-Est sur l'intégration de l'information

¹ Voir Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (Série "Santé pour tous", N° 3), page 30 et Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978, réimprimé en 1981 (Série "Santé pour tous", N° 1), page 4. La Déclaration d'Alma-Ata stipule (section VII(3)) que les soins de santé primaires comprennent au minimum : "... une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels".

du public et de l'éducation pour la santé ont fait le point des stratégies et des mécanismes existants et établi des plans en vue de les renforcer. Les participants à un atelier organisé dans les Caraïbes sur la participation communautaire et l'éducation communautaire pour la santé ont étudié et adopté une stratégie et un plan d'action pour l'engagement communautaire dans les Caraïbes. Le premier symposium sur le tabac et la santé en Europe méridionale, tenu à Barcelone, Espagne, a conduit à la création du Comité méditerranéen de promotion de la santé et de lutte contre l'usage du tabac. Une réunion interpays d'information et d'éducation pour la santé organisée à Riad a été l'occasion d'adresser aux pays des directives sur l'intégration de l'éducation pour la santé aux SSP et la collaboration entre les ministères de la santé et de l'éducation ainsi que de déterminer les recherches à entreprendre dans ce domaine.

45. Dans toutes les Régions, plusieurs pays se sont mis en mesure de renforcer leurs prestations d'éducation pour la santé comprenant l'élaboration de politiques pédagogiques, la formation de personnels de santé et la mise au point de matériels appropriés d'information et d'enseignement et ont entrepris des recherches connexes dans le domaine des sciences psychosociales. Les pays de la Région des Amériques ont bénéficié d'un soutien technique et financier accru pour l'exécution de programmes destinés à promouvoir la santé des écoliers. Un cours interpays sur les moyens d'évaluer l'impact des activités d'éducation pour la santé et des mass media sur les SSP au Mexique a été l'occasion de déterminer et d'appliquer les mesures nécessaires à la planification et à l'exécution d'activités communautaires d'éducation pour la santé et à leur évaluation en termes mesurables.

46. Le thème choisi pour la Journée mondiale de la Santé, "une jeunesse saine - notre meilleur atout", a été l'occasion, dans de nombreux pays, de promouvoir des activités d'éducation pour la santé et d'information. Parmi les autres mesures prises à cet égard par l'OMS dans le courant de l'année, on citera des séminaires à l'intention de personnels des médias ainsi que la mise au point et la diffusion, auprès des Etats Membres, des institutions et des médias, de dossiers de presse et de matériel documentaire. Dans la Région européenne, on a mis en place un système grâce auquel des ministères, des institutions de recherche, des centres de formation et des experts ont été regroupés en un réseau pour l'échange de techniques et de renseignements en matière d'éducation. Il est prévu de créer des réseaux analogues dans les Régions des Amériques et du Pacifique occidental. Un projet de manuel sur l'éducation pour la santé à l'intention des agents de soins de santé primaires a été distribué à des Etats Membres, à des instituts collaborateurs et à des experts techniques pour qu'ils l'examinent et le testent sur le terrain.

Alimentation et nutrition

47. 1984 a marqué la mise en route à grande échelle de projets d'alimentation et de nutrition exécutés dans différents pays (Birmanie, Dominique, Ethiopie, Haïti, Mali, République-Unie de Tanzanie, Saint-Vincent-et-Grenadines et Soudan) avec l'aide du Programme mixte FISE/OMS de soutien en matière de nutrition et le concours financier du Gouvernement italien. Un autre programme mixte du FISE, du PNUD et du FIDA a été mis en oeuvre au Kenya et en Ouganda avec le soutien financier du Fonds belge pour la survie du tiers monde. L'éducation en matière de nutrition a été l'objet d'une collaboration au Congo, au Gabon, en République centrafricaine et au Zaïre. Enfin, la recherche sur les systèmes de santé axée sur la nutrition a été le sujet de projets exécutés dans sept pays d'Afrique avec l'aide de l'OMS et des recherches sur l'allaitement au sein ont bénéficié d'un soutien dans cinq autres pays.

48. Des programmes de subventions et de dons alimentaires pour les populations à faible revenu et autres groupes vulnérables, dont les mères et les enfants, ont été évalués dans des pays sélectionnés des Amériques. Le plan d'action sanitaire d'Amérique centrale a fait de l'alimentation et de la nutrition l'un de ses objectifs prioritaires et, en collaboration avec l'Institut de la Nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP), le Bureau régional a apporté une aide technique pour la formulation de propositions de projets nationaux à soumettre à d'éventuels donateurs. Plusieurs pays de la Région du Pacifique occidental (Chine, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République de Corée, Viet Nam et pays du Pacifique Sud) ont exécuté ou lancé des études sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant ainsi que des enquêtes nationales de nutrition.

49. On a dressé un bilan mondial des matériels d'éducation dans ce domaine afin de recenser ceux qui pourraient être distribués et utilisés dans des programmes de formation sous forme de "modules pédagogiques". Afin d'accroître l'efficacité de l'aide alimentaire en Afrique, on a également évalué l'action de la Commission régionale FAO/OMS/OUA pour l'alimentation et la nutrition et l'on est convenu d'un mandat standard pour ses missions de programmation.

50. Un rapport sur un choix d'indicateurs mondiaux et régionaux de la situation nutritionnelle et des indicateurs connexes a été soumis à la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé qui a préconisé des mesures pour combattre l'avitaminose A et la xérophtalmie. Parmi ces mesures, on citera une analyse de situation, l'élaboration d'un plan d'action interinstitutions à long terme et l'organisation d'une réunion d'organismes d'aide internationale et bilatérale qui ont été invités à établir une stratégie efficace de lutte contre l'avitaminose A et la xérophtalmie et à mobiliser les ressources financières nécessaires.

Approvisionnement en eau saine et assainissement de base

51. La situation de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement et la réalisation des objectifs de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement ont été examinées lors d'une consultation interrégionale à laquelle ont été présentés les rapports de plus de 80 Etats Membres et territoires représentant environ les trois quarts de la population du monde en développement.

52. Bien que certains progrès aient été constatés, cet examen a montré qu'il était nécessaire d'améliorer le soutien informationnel, d'établir des plans plus réalistes, de renforcer la coopération intersectorielle et d'accroître la participation communautaire. En étroite coordination avec le PNUD, la Banque mondiale et d'autres institutions, l'OMS a fait le point des ressources extérieures mobilisées à l'appui de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans le cadre de la Décennie. En coopération avec le Ministère de la Coopération économique de la République fédérale d'Allemagne, elle a également participé à l'organisation d'une réunion de donateurs européens qui ont été invités à échanger des renseignements et à examiner les politiques et les stratégies susceptibles d'appuyer l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les pays en développement, compte tenu de l'expérience acquise au cours des trois premières années de la Décennie.

53. Plusieurs pays ont bénéficié d'un soutien technique pour la formulation de plans nationaux, la mise au point d'un système d'appui informationnel adéquat pour la surveillance des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le développement des personnels et le renforcement des institutions. Un accord pour la mise en oeuvre d'un projet destiné à renforcer les capacités institutionnelles en matière de développement des ressources humaines en Amérique centrale, au Panama et en République dominicaine a été conclu avec la Banque inter-américaine de Développement et la Société pour la Coopération technique (GTZ) de la République fédérale d'Allemagne. Le Centre panaméricain de Génie sanitaire et des Sciences de l'Environnement (CEPIS) a organisé à Brasilia un séminaire international sur les pertes non justifiées dans les réseaux de distribution d'eau. Les 50 participants, venus de 10 pays de la Région des Amériques, ont élaboré des stratégies pour la prévention du gaspillage et établi un accord pour une coopération interpays assurée au moyen d'un réseau de centres. L'exploitation et l'entretien des petits systèmes d'adduction d'eau ont fait l'objet d'un cours international tenu au mois d'août, également au Brésil. Dans la Région de la Méditerranée orientale, il a été décidé de créer à Amman un centre régional OMS d'hygiène du milieu qui sera chargé de développer les ressources humaines et de diffuser des renseignements techniques sur la technologie appropriée. Le Programme du Golfe arabe pour les Organisations de Développement des Nations Unies (AGFUND) a approuvé le versement d'une contribution de US \$1 million pour financer les bourses d'études, le matériel et le personnel du centre.

54. Pour promouvoir encore le développement des ressources humaines, l'OMS a publié et diffusé un manuel sur le développement des ressources humaines et un guide sur la planification de la participation communautaire aux projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement; un plan d'études a également été établi pour faciliter la communication de renseignements sur le développement des ressources humaines et la mise en commun des expériences dans ce domaine.

La première partie de la nouvelle publication Guidelines for drinking-water quality est parue en anglais,¹ et des ateliers régionaux et nationaux ont été organisés sur ce sujet. On notera également que l'on s'est occupé de promouvoir et de développer des techniques d'assainissement peu onéreuses et que l'on a conduit des études de cas sur les causes des succès et des échecs rencontrés dans des domaines ayant trait au développement des ressources humaines, à l'éducation de la communauté et à sa participation aux projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

55. Les principes applicables à l'évaluation des risques que présente pour les enfants l'exposition à des substances chimiques durant la grossesse ont été publiés.² Cette publication, qui a été préparée par un groupe de 40 experts de 13 pays, décrit les moyens d'utiliser les données de laboratoire pour préciser le potentiel d'embryotoxicité des substances chimiques et expose des méthodes d'évaluation des risques.

Santé maternelle et infantile, planification familiale comprise

56. Une large majorité de pays a entrepris d'améliorer ses prestations médico-sanitaires pour les mères et les enfants. A cette fin, l'OMS a fourni un soutien technique et gestionnaire à quelque 90 pays. Afin de renforcer les capacités gestionnaires nationales, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP) ont entrepris ensemble d'organiser une série d'ateliers à l'intention de gestionnaires de programmes nationaux et de membres de leur personnel en poste dans les pays afin d'améliorer leurs aptitudes en matière de formulation de programmes, de résolution de problèmes et d'évaluation. Deux de ces ateliers ont eu lieu en 1984 pour les pays anglophones d'Afrique et un pour les pays des Régions de l'Europe et de la Méditerranée orientale. Des activités de collaboration technique avec les Etats Membres ont également été entreprises pour améliorer la couverture et l'efficacité des prestations de santé maternelle et infantile, renforcer les capacités des personnels de santé, élaborer des indicateurs sanitaires, mettre en place un appui informationnel et soutenir des recherches sur les systèmes de santé, y compris l'utilisation de l'approche fondée sur la notion de risque considérée comme un instrument gestionnaire devant permettre le recensement des besoins sanitaires prioritaires des mères et des enfants.

57. Plusieurs pays ont fait des études sur la mortalité et la morbidité périnatales, infantiles, juvéniles et maternelles afin de déterminer les secteurs dans lesquels il faudrait intervenir en priorité et d'élaborer des moyens efficaces de prévention. Une réunion sur la mortalité infantile et les stratégies des SSP organisée à Mexico au mois de mai pour la Région des Amériques a été l'occasion de recenser les progrès importants qui ont été faits en matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile et de faire ressortir le lien entre ces progrès et les stratégies des SSP.

58. Dans le cadre de l'aide qu'elle apporte aux pays désireux de développer et de renforcer leurs systèmes d'information sanitaire, l'OMS a organisé, en septembre à Erevan (URSS), une consultation technique où des participants venus de toutes les régions ont évoqué les expériences faites dans les différents pays en matière d'élaboration et d'utilisation d'indicateurs de l'état de santé des mères et des enfants. Des directives ont été établies pour l'élaboration d'indicateurs et la mise en place d'un soutien informationnel en vue de la gestion de programmes nationaux de santé maternelle et infantile, planification familiale comprise.

59. Un groupe de travail constitué à l'échelon international a travaillé en étroite association avec des centres collaborateurs de l'OMS, des instituts de recherche de pays en développement et des organisations non gouvernementales intéressées. Les recherches conduites en 1984 ont porté plus précisément sur l'évaluation du matériel et des méthodes d'accouchement à domicile, l'établissement de critères pouvant remplacer le poids à la naissance; l'évaluation et le contrôle de la qualité des fournitures et du matériel utilisés pour les programmes de santé

¹ Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for drinking-water quality. Vol. 1. Recommendations. Genève, 1984.

² Organisation mondiale de la Santé. Principles for evaluating health risks to progeny associated with exposure to chemicals during pregnancy. Genève, 1984. (Critères d'Hygiène de l'Environnement, N° 30.)

maternelle et infantile, planification familiale comprise, dans le cadre des SSP; la précision des différents moyens de contrôle de la température du nouveau-né et l'étude des environnements dans lesquels ont lieu les accouchements et sont dispensés les soins aux nouveau-nés. Pendant l'année, l'OMS a également soutenu deux importants projets de recherche sur la nature et l'ampleur du travail des enfants et ses répercussions sanitaires et sociales en Inde et au Kenya, ces études ayant marqué le point culminant des activités de l'OMS dans ce domaine. L'étude réalisée en Inde a incité à réunir à l'échelle nationale d'éminents spécialistes de diverses disciplines, parmi lesquelles la santé infantile, la protection sociale et le droit, ainsi que différents responsables nationaux qui ont évoqué les incidences sanitaires du travail des jeunes et discuté d'une réorientation des politiques nationales dans ce domaine.

60. Dans le cadre de son action sur la santé des enfants et des adolescents, l'OMS s'est notamment occupée de promouvoir une prise de conscience intersectorielle des incidences sanitaires du travail des enfants et a participé aux préparatifs de l'Année internationale de la jeunesse (1985). Un groupe d'étude sur les jeunes et la santé pour tous d'ici l'an 2000, convoqué en juin 1984, a fait le point des problèmes sanitaires et connexes des adolescents et des jeunes et analysé les différents systèmes de santé en fonction de leur pertinence, de leurs ressources et des lacunes de leurs prestations du point de vue des besoins particuliers de ce groupe d'âge. Il a souligné l'impact des années formatrices sur l'adoption de modes de vie sains et les conséquences qu'ont ultérieurement sur la santé des habitudes prises pendant ces années, qu'il s'agisse par exemple de l'usage du tabac, de la boisson, des drogues et du comportement en matière de reproduction. Il a préconisé l'adoption de stratégies programmatiques nationales qui seraient conçues non seulement pour répondre aux besoins sanitaires de ce groupe d'âge mais aussi pour canaliser son idéalisme et son énergie créatrice en faveur des objectifs sanitaires nationaux. C'est l'éducation pour la santé, surtout chez les jeunes femmes, qui garantira la santé des enfants pour les générations futures.

61. Des études parallèles ont été entreprises en Chine, en Inde et en Thaïlande pour déterminer les "étapes" du développement physique et psychosocial optimal de l'enfant. Un inventaire des éléments en fonction desquels peut être déterminée la qualité des soins dispensés dans les crèches a été établi et testé en Grèce, au Nigéria et aux Philippines. Une fois revu, cet inventaire servira à des activités de recherche et pour l'amélioration de ces prestations.

62. A la suite d'une réunion informelle, en mai 1983, des délégués africains à l'Assemblée de la Santé, du sous-comité sur le statut de la femme des organisations non gouvernementales et du groupe de travail sur la circoncision féminine créé sous les auspices de la Commission des Droits de l'Homme, le Gouvernement du Sénégal a accueilli en février 1984 un séminaire sur les pratiques traditionnelles qui nuisent à la santé des femmes et des enfants en Afrique. L'OMS a fourni un soutien technique, administratif et financier et aidé à préparer le rapport final. Ce séminaire a marqué une date importante de l'action engagée par l'OMS depuis 1976, en particulier par l'intermédiaire de ses Bureaux régionaux pour l'Afrique et la Méditerranée orientale, afin de déterminer l'étendue, les antécédents et les incidences sanitaires de certaines pratiques traditionnelles et d'inviter les autorités responsables des pays concernés à s'entretenir sérieusement et objectivement de ces problèmes.

Vaccination contre les grandes maladies infectieuses

63. En 1984, plusieurs pays situés dans toutes les Régions ont noté une amélioration des services de vaccination dans le cadre des SSP et une augmentation de la couverture vaccinale. Certains pays ont également signalé une diminution du taux d'incidence des maladies cibles du Programme élargi de vaccination (PEV). Tous les pays de la Région des Amériques se sont fixé des objectifs nationaux précis en matière de couverture de la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose; si ces objectifs sont atteints en 1985, la couverture dans tous les pays et territoires de la Région se situera entre 70 et 100 %. Le texte de la stratégie de la santé pour tous établi pour la Région européenne précise, que d'ici l'an 2000, il ne devrait plus y avoir de cas indigènes de rougeole, de poliomyélite, de tétanos du nouveau-né, de rubéole congénitale et de diphtérie.

64. L'OMS a soutenu le développement des services de vaccination dans ses Etats Membres par la mise en oeuvre de son programme d'action en cinq points, axé en particulier sur la promotion

du PEV dans le contexte des SSP; le développement des ressources humaines; la mobilisation et l'investissement de ressources financières; des activités de surveillance et d'évaluation continues destinées à accroître l'efficacité du programme et des recherches appropriées. On a continué à donner la priorité à la formation des agents de santé aux techniques de la vaccination et les cours dispensés aux personnels d'encadrement à l'aide de matériels mis au point au niveau mondial ont été délaissés en 1984 au profit de la formation d'agents de santé de niveau intermédiaire et périphérique à l'aide de matériels conçus pour une utilisation nationale, souvent dans la langue du pays. Des examens et des évaluations des programmes de vaccination mais aussi, dans bien des cas, d'autres composantes des SSP, ont été faits dans plusieurs pays avec la participation active des responsables nationaux de l'action de santé. Ces examens ont permis de recenser les problèmes opérationnels et gestionnaires rencontrés dans la mise en oeuvre du PEV et d'élaborer des plans d'action pour les résoudre. La participation communautaire a dû être renforcée dans bien des pays, en particulier pour réduire le taux d'abandon important entre l'administration de la première et de la dernière dose dans le cas des vaccinations par doses multiples. Le manque de personnel qualifié et de compétences gestionnaires a encore posé de sérieux problèmes dans plusieurs pays.

65. En matière de développement et de logistique de la "chaîne du froid", on notera en 1984 l'amélioration du système de contrôle de la chaîne du froid et de la réfrigération à énergie solaire ainsi que l'étude des seringues en plastique stérilisables et des stérilisateurs "cocotte-minute" mis au point pour les centres de santé ruraux. Dans l'ensemble, les disponibilités en vaccin et la situation de la chaîne du froid ont continué de s'améliorer.

66. La Conférence de Bellagio, convoquée en mars 1984, a donné une impulsion nouvelle à la mobilisation de ressources financières pour le Programme élargi de vaccination. Cette conférence, qui était coparrainée par le FISE, l'OMS, la Banque mondiale et le PNUD et soutenue par la Fondation Rockefeller, a créé un groupe de travail pour la survie des enfants. Le but de ce groupe est de chercher à réduire la morbidité et la mortalité infantiles en intensifiant les activités clés des SSP. L'aide fournie dans ce contexte la première année ira en priorité à trois pays - Colombie, Inde et Sénégal - où ont déjà été lancées certaines activités. Le groupe de travail poursuivra ses efforts pour mobiliser des ressources financières.

Lutte contre les endémies locales

67. Une multitude d'endémies locales continue de toucher les vastes populations de nombreux pays en développement où les maladies diarrhéiques, les infections aiguës des voies respiratoires et les maladies cibles du PEV constituent les principales causes de mortalité et de morbidité chez les jeunes enfants. Le paludisme, la tuberculose et les maladies parasitaires et tropicales comme la schistosomiase, la lèpre et la filariose affectent la santé des individus à tous les âges dans de nombreux pays en développement. Les progrès récents des techniques de diagnostic et de traitement ont fait naître de nouveaux espoirs et incité à redoubler d'efforts pour combattre ces maladies et les Etats Membres prennent des mesures afin de renforcer cet élément des SSP.

68. Les activités de lutte contre les maladies diarrhéiques ont marqué des progrès notables. L'OMS a continué d'organiser avec les Etats Membres une coopération technique pour l'élaboration de plans nationaux, la formation de personnels de gestion et d'encadrement et l'évaluation des programmes afin d'améliorer la gestion opérationnelle. A la fin de l'année 1984, 88 pays en développement avaient établi des plans d'opérations précis pour combattre les maladies diarrhéiques et 62 d'entre eux avaient commencé à appliquer ces plans. Dans le courant de l'année, quelque 1000 agents de santé nationaux ont participé à des cours de gestion et d'encadrement organisés avec l'aide de l'OMS. Quatorze pays ont effectué des enquêtes de mortalité et de morbidité et huit ont procédé à un bilan formel de leurs programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques avec la collaboration de l'OMS. Un pays, l'Indonésie, a testé sur le terrain de nouvelles directives sur l'appréciation du rapport coût-efficacité de la réhydratation par voie orale. Des matériels adéquats d'apprentissage/enseignement ont été mis au point et largement diffusés. En collaboration avec le FISE, l'OMS a aidé des pays à assurer la production et la distribution locales de sels de réhydratation. La recherche a marqué des progrès dans les domaines de la microbiologie diagnostique, de l'épidémiologie et de l'écologie, de l'immunologie et de la mise au point de vaccins, enfin du traitement clinique.

69. Pour ce qui concerne les infections aiguës des voies respiratoires, des travaux de recherche sur les systèmes de santé et des études cliniques étaient en cours dans plus de 20 pays de toutes les Régions de l'OMS, sept ayant débuté en 1984 (en Inde, en Indonésie, en Malaisie, au Népal, au Pakistan, à Sri Lanka et en Tunisie) afin de tester la possibilité d'établir un plan standard pour le traitement des cas au niveau des SSP. Un groupe de travail sur le traitement des cas dans les pays en développement a passé en revue les méthodes diagnostiques et thérapeutiques appliquées aux enfants afin de recenser celles qui paraissent le mieux adaptées aux zones rurales et de formuler des recommandations sur le matériel de formation.
70. L'admission, en 1984, du Brésil et de la République de Corée a clos la liste des pays appelés à participer au programme sur l'évaluation de la vaccination par le BCG chez les nourrissons et les jeunes enfants. La première enquête nationale de prévalence conduite aux Philippines a pris fin au mois d'avril. Une enquête mondiale sur la résistance mycobactérienne aux médicaments antituberculeux a été lancée avec l'aide des centres collaborateurs de l'OMS sur la bactériologie de la tuberculose, afin de déterminer les niveaux régionaux et mondial de la pharmacorésistance initiale et acquise. Un séminaire régional sur la chimiothérapie de la tuberculose a été organisé à Bucarest au mois d'octobre avec la collaboration de l'Institut roumain de la Tuberculose et la participation de 11 pays. La documentation disponible sur la possibilité d'appliquer les connaissances nouvelles au traitement de la tuberculose a été passée en revue et des directives ont été formulées sur la situation de la lutte antituberculeuse en Europe. Enfin, un manuel a été préparé sur la lutte antituberculeuse dans le contexte des SSP.
71. La lèpre est restée un problème important de santé publique dans beaucoup de pays en développement. A cet égard, l'OMS a fait porter l'essentiel de son action sur la recherche et le développement, notamment sur des essais cliniques de traitements polymédicamenteux, des activités de formation et de promotion de l'engagement communautaire et l'intégration des services de lutte antilépreuse aux SSP. Les efforts fournis pour mobiliser les ressources financières de plusieurs organismes d'aide multilatérale et bilatérale à l'appui du programme contre la lèpre ont été maintenus. Une cassette vidéo, intitulée "Le réseau de la lèpre" a été produite à des fins de formation et de promotion.
72. Un petit groupe de travail a été chargé de préparer un manuel pratique sur l'application des mesures de lutte contre les maladies à transmission sexuelle au niveau des SSP. Dans la Région de la Méditerranée orientale, Djibouti et la Somalie ont préparé des programmes nationaux pour combattre ces maladies et en développer le diagnostic au laboratoire. Un cours régional sur l'épidémiologie, les aspects cliniques et le traitement de ces maladies a été dispensé en Tunisie.
73. Au mois d'avril, le quatrième symposium international sur le pian et les autres tréponématoses a réuni des médecins et administrateurs de la santé publique de plus de 25 pays qui ont fait le point des moyens mis en oeuvre pour combattre ces maladies et des perspectives de leur éradication. Un centre collaborateur OMS sur le syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA) a été désigné à Paris afin de recueillir et d'analyser les données communiquées par les différents pays, d'organiser des échanges rapides de renseignements et de stimuler des études collectives en Europe.
74. La situation du paludisme dans le monde n'a guère évolué depuis la description qui en a été donnée dans le rapport du Directeur général pour la période 1982-1983;¹ le Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales a publié des données récentes sur les cas signalés au cours des dix dernières années avec une carte de la distribution de Plasmodium falciparum chloroquino-résistant.² Les Etats Membres ont continué de rechercher des moyens plus efficaces d'appliquer les stratégies de lutte antipaludique dans le cadre des SSP ainsi que des techniques nouvelles, efficaces et simples. L'OMS a fourni une aide technique pour la planification et l'évaluation des programmes, des activités de formation et de recherche et a encouragé la coopération interpays. Le rapport du groupe d'étude sur la lutte antipaludique dans le contexte des soins de santé primaires a été publié en anglais.³ Les besoins en médicaments antipaludiques,

¹ Organisation mondiale de la Santé, Activité de l'OMS, 1982-1983 : rapport biennal du Directeur général. Genève, 1984, paragraphes 13.43 et suivants.

² Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales, 37(2) : 130-161 (1984).

³ OMS, Série de Rapports techniques, N° 712, 1984.

déterminés pour la planification des mesures de lutte appliquées dans le contexte des SSP, ont été mis à jour et communiqués aux pays. Les principes fondamentaux de la lutte antipaludique et des directives générales applicables au soutien de l'OMS et du FISE ont été publiés dans un communiqué commun des deux organisations qui préconisent en particulier de mettre en oeuvre le programme dans le cadre des SSP afin de prévenir la mortalité; d'intensifier les activités d'information et d'éducation pour la santé; de veiller à l'approvisionnement en antipaludiques; d'améliorer les mesures de lutte antivectorielle; d'éviter la pharmacorésistance chez le parasite et de former des agents de santé communautaire aux méthodes de diagnostic et de surveillance du paludisme.

75. Le troisième cours international dispensé en anglais sur le paludisme et la planification de la lutte antipaludique a eu lieu en Italie et en Turquie du 7 mars au 29 juin 1984; le premier cours de ce type en français a débuté le 1^{er} octobre 1984 et prendra fin le 25 janvier 1985 au Burkina Faso et en France. Des activités de recherche et de développement ont été consacrées à l'amélioration des techniques de diagnostic et de prévention, aux antipaludiques et aux vaccins (voir la section V).

76. Les mesures appliquées à la lutte contre les autres maladies parasitaires dans le contexte des stratégies de la santé pour tous ont consisté notamment à introduire progressivement des schizonticides et des techniques peu coûteuses de diagnostic de la schistosomiase et de la trypanosomiase africaine et à formuler des stratégies de lutte contre ces maladies par le biais des SSP. Le traitement de la filariose lymphatique par la diéthylcarbazine a été introduit en Inde dans le cadre des SSP et une campagne d'administration de médicaments a été lancée à Samoa. Des filtres en fil de nylon monobrin ont été mis au point et utilisés pour la filtration de l'eau aux fins de la lutte contre la dracontiose (se reporter à la section V pour de plus amples détails sur la mise au point de techniques et les travaux de recherche dans ce domaine).

77. Parmi les progrès enregistrés en matière de biologie des vecteurs et de lutte antivectorielle, on citera la mise au point de moustiquaires imprégnées pour la lutte contre les moustiques vecteurs du paludisme en Afrique et dans le Pacifique occidental, la construction de pièges simples pour la capture des mouches tsé-tsé en Afrique occidentale, l'élimination des gîtes larvaires des vecteurs de la filariose dans le sud de l'Inde et la mise en oeuvre en Thaïlande, avec le concours d'étudiants, de maîtres d'école et d'autres volontaires, d'un essai à grande échelle des mesures de lutte contre les vecteurs Aedes aegypti de la dengue hémorragique. De nouveaux insecticides ont été testés sur le terrain contre les vecteurs Anopheles du paludisme en Indonésie et contre les vecteurs Simulium dans le cadre du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique occidentale. Un symposium sur la lutte antivectorielle par l'aménagement de l'environnement a été organisé à Tokyo et Toyama en collaboration avec l'Association japonaise de médecine tropicale.

78. Dans le domaine des zoonoses, l'intégration de la lutte contre les zoonoses et les autres maladies transmises par les aliments aux stratégies nationales a marqué des progrès dans certains pays. Des plans ont été établis pour la gestion d'activités de lutte contre la rage canine dans huit pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et des projets ont été lancés dans cinq pays d'autres régions.

79. Un comité OMS d'experts des fièvres hémorragiques virales, réuni à Genève du 19 au 23 mars 1984, a passé en revue l'épidémiologie, la pathophysiologie clinique et le diagnostic de laboratoire de ces maladies. Il a accordé une attention particulière à la prise en charge des malades et aux moyens de prévenir et de combattre les fièvres hémorragiques virales chez l'homme et l'animal.

80. En réponse à la préoccupation des Etats Membres soucieux d'intégrer les programmes de lutte contre les maladies aux services de soins de santé primaires, un protocole a été établi pour promouvoir et soutenir des activités de recherche et de développement au niveau des pays. Cette action sera poursuivie en 1985.

Traitement et prévention appropriés des maladies et traumatismes courants

81. Dans un certain nombre de pays il faut considérablement renforcer l'infrastructure des soins de santé, au niveau communautaire notamment, pour les mettre en mesure d'assurer le traitement des maladies et traumatismes courants. Dans beaucoup de pays, les systèmes d'orientation/recours ne fonctionnent pas suffisamment bien pour assurer la continuité des soins au niveau approprié. En collaboration avec l'OMS, les Etats Membres ont continué de rechercher des technologies simples et des méthodes pratiques pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles courantes, promouvoir la santé bucco-dentaire, la santé mentale, ainsi que la santé des travailleurs et des personnes âgées.

82. Reconnaissant la nécessité de renforcer les ressources matérielles et la formation des agents de santé, au niveau des SSP surtout, pour les mettre en mesure de faire face à ces problèmes de santé, et d'amener les gens à assumer la responsabilité de leur propre santé et des mesures de prévention, l'OMS a appuyé les échanges d'informations entre pays, la formation, le transfert de la technologie, la recherche, en particulier sur la technologie appropriée, et la diffusion de l'information. Pour renforcer la compétence technique des travailleurs sanitaires au niveau communautaire et au premier niveau d'orientation/recours, les procédures médicales et chirurgicales essentielles ont fait l'objet de discussions en vue de la préparation de guides techniques et de matériel appropriés. On a également préparé un guide sur la gestion des services assurés aux personnes frappées d'incapacité dans la communauté afin d'augmenter la compétence des travailleurs sanitaires et communautaires dans ce domaine. L'OMS a soutenu des activités de formation en réadaptation au niveau national et interpays. La Croix-Rouge norvégienne, NORAD et SIDA ont financé des activités interpays et mondiales. Les Etats Membres, en particulier dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, ont pris des mesures pour renforcer les services de soins oculaires dans le cadre des SSP. L'OMS a appuyé la formation, la planification du programme et la fourniture d'aides didactiques. Enfin, la collaboration avec les organisations non gouvernementales a été renforcée par des études conjointes et par la création d'un groupe consultatif des organisations non gouvernementales pour la prévention de la cécité.

83. Les maladies non transmissibles, en particulier le cancer et les maladies cardio-vasculaires, sont en augmentation dans la population adulte des pays en développement comme des pays développés et de nombreux pays ont intensifié les activités de promotion sanitaire dirigées vers la prévention par la modification des modes de vie et des comportements, le dépistage et le traitement précoces, la promotion de l'autogestion de la santé. L'OMS a augmenté son appui à la recherche, à la formation et aux échanges d'expériences en technologie.

84. Une estimation de la fréquence globale de 12 cancers très répandus sur les cinq continents a été publiée dans le Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé.¹ L'OMS a préparé des principes directeurs pour la formulation de programmes de lutte contre le cancer dans les pays en développement (OMS, document CAN/84.1) qui servent actuellement à établir les priorités dans un certain nombre de pays, parmi lesquels Sri Lanka et l'Inde. Le Bureau régional de l'Europe a établi des programmes modèles de traitement du cancer et des directives pour la planification des programmes. Une réunion sur la lutte contre le cancer du col de l'utérus a eu lieu à Mexico en janvier 1984 pour déterminer l'ampleur du problème dans la Région des Amériques et examiner les stratégies pouvant diminuer la mortalité. Un manuel sur les normes et les procédures de lutte contre le cancer du col de l'utérus a été préparé.

85. Le Comité d'experts de l'OMS sur la Prévention et la lutte contre les maladies cardio-vasculaires dans la Communauté a été convoqué en décembre 1984 pour passer en revue l'état des connaissances et pour proposer aux autorités de santé publique des recommandations pratiques applicables par les services de santé existant dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés et centrées sur l'hypertension (y compris l'accident vasculaire cérébral), les cardiopathies coronariennes, le rhumatisme articulaire aigu/rhumatisme cardiaque.

86. Le Comité régional de l'Europe a adopté l'idée d'un contrôle simultané d'un certain nombre de facteurs de risque liés à quelques-unes des principales maladies non transmissibles, cela dans le cadre de la politique régionale de prévention des maladies non transmissibles et de

¹ Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 62 : 163-182 (1984).

lutte contre celles-ci en Europe. Des protocoles d'accord ont été conclus entre l'OMS et huit Etats Membres européens en vue d'une collaboration à long terme portant sur des programmes intégrés et fondés sur la collectivité pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles. Au cours d'une réunion tenue à Brioni (Yougoslavie) du 4 au 7 septembre 1984, un groupe de chercheurs principaux a passé en revue les progrès réalisés au niveau national en ce qui concerne cette activité programmatique et une consultation de groupe en deux étapes sur la surveillance continue des programmes et la méthodologie de l'évaluation s'est tenue d'abord les 3 et 4 décembre 1984 à Copenhague puis les 6 et 7 décembre 1984 à Moscou.

87. A l'échelon mondial, une consultation sur la modélisation des risques de maladies non transmissibles organisée à Genève du 26 au 30 mars 1984 a passé en revue et résumé la méthodologie statistique permettant d'évaluer ces risques dans la communauté et a donné des avis sur la manière d'utiliser les modèles statistiques existants pour la classification des risques dans la communauté, la prédiction des effets des interventions et le rassemblement d'informations sur le rapport coût/efficacité.

88. Un guide du diagnostic non agressif de l'hypertension pulmonaire dans les maladies pulmonaires chroniques, préparé par un groupe de travail au Bureau régional pour l'Europe, a été publié en 1984 et distribué au Neuvième Congrès européen de Cardiologie organisé à Dusseldorf (République fédérale d'Allemagne) en juillet. Une conférence sur la prévention primaire de la cardiopathie ischémique a eu lieu à Anacapri (Italie) du 15 au 19 octobre pour étudier l'application pratique des recommandations d'un comité d'experts de l'OMS sur le sujet.

89. Une réunion tenue à Genève en mai 1984 a examiné la situation mondiale concernant le diagnostic foetal des maladies héréditaires, dressé un bilan de l'expérience réunie et de l'utilisation des services génétiques et conclu à la nécessité d'une étude collective internationale pour évaluer le risque obstétrical du diagnostic foetal précoce. Le plan de cette recherche collective et des protocoles standardisés ont été établis par une réunion OMS tenue à Rapallo (Italie) en octobre. Pour faciliter la mise en oeuvre de l'étude, un registre international du diagnostic des maladies héréditaires a été établi aux Etats-Unis d'Amérique dans le but de rassembler et de diffuser des informations sur la sécurité et l'efficacité du diagnostic foetal précoce.

Médicaments essentiels

90. De nombreux pays ont intensifié leurs mesures pour établir une législation et une politique du médicament, ainsi que des plans d'exécution allant dans le sens du programme d'action sur les médicaments et vaccins essentiels. Un bilan des progrès accomplis dans les pays de cinq Régions a montré qu'environ 90 pays avaient déjà établi une liste de médicaments essentiels, tandis que 36 pays en étaient à différentes étapes de l'établissement ou de l'exécution de mesures conformes au programme d'action. Vingt-sept autres Etats Membres établissaient des politiques nationales. La plupart des pays exécutant déjà des programmes de médicaments essentiels progressaient de manière satisfaisante avec ou sans collaboration internationale. Pendant l'année 1984, un certain nombre de pays ont accéléré leurs activités dans ce secteur; c'est notamment le cas des pays suivants : Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Djibouti, Ethiopie, Guinée équatoriale, Kenya, Mali, Nicaragua, Oman, Sierra Leone, Yémen, Yémen démocratique, Zambie, Zimbabwe. La collaboration de l'OMS avec les Etats Membres a porté sur les points ci-après : formulation de plans et de programmes nationaux; législation du médicament; formation; échange de données d'expérience et diffusion de l'information; achat et production de médicaments essentiels; contrôle de la qualité. On s'est tout spécialement attaché à promouvoir la coopération inter pays et la coordination au niveau international.

91. Des aides didactiques ont été mises au point pour appuyer les efforts nationaux. Elles traitent notamment des sujets suivants : politiques nationales du médicament; législation et réglementation du médicament; gestion des fournitures de médicaments; formation et recyclage des personnels; directives concernant la technologie pharmaceutique et l'assurance de la qualité. Ces aides seront fournies gratuitement aux pays et organisations intéressés qui en feront la demande.

92. Organisée à l'Ecole de Santé publique de Harvard, Boston (Etats-Unis d'Amérique), une conférence internationale de quatre jours sur les médicaments essentiels dans le cadre des SSP,

patronnée par le FISE, l'AID des Etats-Unis, l'OMS et des compagnies membres de la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament, a rassemblé plus de 160 participants, dont 60 venus de pays en développement. Le but était de mettre au point du matériel didactique orienté vers les problèmes et destiné aux écoles de santé publique. On a cherché à intéresser plusieurs écoles de médecine, de santé publique et de pharmacie à un plan collectif d'enseignement des principes régissant les médicaments essentiels. La London School of Tropical Medicine and Hygiene a commencé de dispenser cet enseignement et l'Ecole de Santé publique de Rennes (France) a mis en route avec l'appui du Gouvernement français, et à titre de test, un projet de formation de groupes multidisciplinaires venus de pays en développement.

93. Les possibilités de promouvoir des systèmes d'achats groupés dans les pays et entre groupes de pays ont été explorées dans la Région africaine, la Région des Amériques et la Région du Pacifique occidental. En Amérique centrale et au Panama, la promotion et le développement de programmes nationaux et infrarégionaux ont reçu une priorité élevée et l'on établit actuellement un fonds de roulement pour l'achat groupé de médicaments essentiels en se fondant sur des études entreprises par l'OPS et la Banque d'Amérique centrale. L'OMS a coopéré à la formulation de projets dans les pays pour cette sous-région. Dans le Pacifique occidental, un plan visant à modifier le service pharmaceutique du Pacifique Sud a été arrêté et exécuté en avril 1984. Un fonctionnaire de l'OMS, basé à Apia (Samoa), est chargé d'organiser les achats groupés de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales.

94. En mai, la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le rapport sur le programme d'action et a instamment demandé aux Etats Membres d'intensifier leurs efforts, en particulier pour la mise en oeuvre de politiques du médicament et la formation de personnels, et de renforcer la coopération entre eux. L'Assemblée de la Santé a en outre prié le Directeur général d'organiser en 1985 une réunion d'experts représentant les parties concernées, y compris les gouvernements, l'industrie pharmaceutique, les organisations de malades et de consommateurs, pour examiner les moyens et méthodes propres à assurer l'usage rationnel des médicaments, en particulier en améliorant les connaissances et la circulation de l'information, et pour étudier le rôle des pratiques de commercialisation à cet égard, notamment dans les pays en développement. Des consultations et divers préparatifs ont eu lieu en vue de cette réunion.

95. On a intensifié les efforts pour mobiliser l'appui financier et technique du programme et multiplié les discussions avec l'industrie pharmaceutique afin d'aider les pays en développement à acheter des médicaments dans de bonnes conditions. L'OMS et le FISE ont continué d'appuyer conjointement les achats de médicaments essentiels par les pays en développement. Un avant-projet de mesures internationales proposées pour améliorer les achats de médicaments a été présenté à la session d'avril/mai 1984 du Conseil d'administration du FISE et exposé à la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Le Canada, le Danemark, la Finlande et la Suède ont envoyé ou promis des contributions extrabudgétaires. Des négociations sont engagées avec d'autres organismes bilatéraux pour un renforcement de leur collaboration.

Divers

96. L'OMS a aidé plusieurs Etats Membres à mettre en place des politiques de soins aux personnes âgées dans le cadre des SSP. Le rôle, dans ce domaine, d'organisations non gouvernementales (ONG) et bénévoles a été développé. Un groupe OMS/ONG collaborant sur les problèmes du vieillissement a appuyé cette évolution, par exemple en fournissant à l'intention des travailleurs sanitaires des manuels simples sur l'autogestion de la santé et la promotion sanitaire, adaptés à des groupes régionaux et culturels particuliers. Deux rapports importants ont été publiés en 1984 : 1) applications de l'épidémiologie à l'étude des personnes âgées (OMS, Série de Rapports techniques, N° 706) qui devrait alerter les décideurs et les professionnels sur la nécessité de procéder à des mesures et à des évaluations dans les populations en vue de concevoir des programmes d'un bon rapport coût/efficacité. Ce rapport fournit des directives pratiques aux Etats Membres qui n'ont guère d'informations sur leur population âgée; et 2) The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment par G. G. Fillenbaum (OMS, Publication offset N° 84) qui aidera à choisir des méthodes d'enquêtes appropriées sur le sujet. De telles enquêtes sont en cours dans des pays de quatre Régions.

97. Différents modèles de prestations de services de SSP aux travailleurs défavorisés de l'agriculture et de petites entreprises ont été essayés sur le terrain dans un certain nombre

de pays, notamment : Burkina Faso, Chili, Chine, Egypte, Nigéria, République de Corée, République-Unie de Tanzanie, Soudan, Tanzanie, Zimbabwe. Les pays ont échangé leurs expériences dans le cadre d'ateliers régionaux organisés dans les Régions des Amériques et de l'Asie du Sud-Est.

98. Dans le domaine de la santé mentale, une importante étude polycentrique sur l'épidémiologie de la schizophrénie et des troubles apparentés a été achevée dans 13 secteurs géographiquement bien délimités en Colombie, au Danemark, aux Etats-Unis d'Amérique, en Inde, en Irlande, au Japon, au Nigéria, au Royaume-Uni, en Tchécoslovaquie et en URSS. C'est la première fois qu'une étude sur l'incidence de ce type de troubles emploie des instruments et des techniques de recherche uniformes, rendant possibles des comparaisons directes entre secteurs de différents pays. Les résultats constituent une base pour les prévisions à long terme des besoins en traitement et pour la planification des services appropriés, et fournissent des indications pour les recherches d'ordre étiologique.

99. Les études neuroépidémiologiques coordonnées par l'OMS en Chine, en Equateur et au Nigéria ont été achevées; elles fournissent des informations utiles pour les programmes de prévention et de traitement des troubles neurologiques et pour l'application de ces programmes dûment modifiés au Chili, en Inde, en Italie, au Pérou, au Sénégal, en Tunisie et au Venezuela. Dans le cadre d'un programme de formation, des séminaires coparrainés par l'OMS ont été organisés à Quito et à Bombay.

100. Des chercheurs de six pays se sont réunis à Umea (Suède) pour arrêter un protocole de recherche en vue de l'évaluation comparée des services assurés aux malades mentaux. Une consultation informelle sur l'alcool et la santé a réuni à Genève des spécialistes des médias et des professionnels de la santé pour établir des méthodes par lesquelles les médias puissent faire passer le message de l'OMS concernant les problèmes de santé liés à l'alcool. La mise au point rédactionnelle d'une revue et d'une analyse de la législation sur le traitement de la dépendance vis-à-vis de l'alcool et des drogues a été achevée et un manuel contenant des directives pour l'enseignement du sujet dans les établissements médico-sanitaires a été préparé.

101. En réponse à la résolution WHA37.23 exprimant des inquiétudes quant à l'augmentation spectaculaire à travers le monde de l'abus de drogues, en particulier de cocaïne, l'OMS a lancé un projet pour étudier les conséquences sanitaires adverses de la cocaïne et de la pâte de coca. Dans ce contexte, un groupe consultatif s'est réuni à Bogota pour examiner la méthodologie de l'évaluation du problème, les méthodes de traitement et les priorités de la recherche et pour proposer un plan mondial d'action.

V. TECHNOLOGIE APPROPRIÉE ET DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

102. Les activités de recherche et de développement font partie de la plupart des programmes de l'OMS; on en trouvera ci-après quelques exemples marquants. Ces activités sont essentiellement centrées sur la recherche de technologies plus efficaces de lutte contre les principales maladies transmissibles sévissant dans les pays en développement; sur la mise au point ou le repérage de technologies diagnostiques et de réadaptation mieux adaptées aux SSP; sur la recherche d'une technologie contraceptive plus efficace et mieux appropriée tenant compte des aspects psychosociaux; sur la recherche sur les systèmes de santé dirigée vers l'application de la technologie disponible par les services de prestations de soins de santé; enfin, sur la diffusion des informations pertinentes.

103. Au cours des 12 derniers mois, le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales a progressé de manière encourageante. La méfloquine, antipaludique puissant, efficace contre les souches de Plasmodium résistant à la chloroquine et à d'autres médicaments, et bien toléré, est maintenant prête à être utilisée. Son usage, d'abord réservé aux hommes, sera peu après étendu aux femmes et aux enfants. Des trousseaux simples pour tester la sensibilité des parasites du paludisme aux médicaments couramment utilisés ont été mises au point et essayées dans le cadre du Programme spécial; elles sont maintenant largement employées dans les programmes de lutte contre le paludisme. La recherche sur des vaccins antipaludiques progresse rapidement. On a mis au point une nouvelle technique pour détecter la présence de sporozoïtes chez des moustiques infectés, qui marque un important progrès par

rapport à la dissection et à la microscopie. Un antiparasitaire prometteur, l'ivermectine, subit actuellement des essais chimiques et les résultats préliminaires sont très encourageants. De nouvelles technologies de lutte contre la trypanosomiase africaine sont récemment devenues disponibles et d'autres sont à un stade avancé de développement. Il s'agit notamment d'épreuves diagnostiques simples et de nouvelles méthodes de lutte antivectorielle, parmi lesquelles l'usage de pièges. Le groupe de travail scientifique sur la chimiothérapie de la lèpre a conduit des enquêtes sur la distribution de la résistance à la dapsonne et a appuyé des recherches pour définir les meilleurs schémas thérapeutiques associant plusieurs médicaments. L'évaluation d'un vaccin contre la lèpre a débuté et la mise au point d'épreuves diagnostiques a enregistré des progrès remarquables.

104. Un centre collaborateur pour la sécurité biologique a été établi au Fairfield Hospital de Victoria (Australie). Les Etats-Unis et le Royaume-Uni ont publié de nouvelles directives et réglementations nationales pour la manipulation des micro-organismes infectieux. Un programme de développement de vaccins a été mis en route pour promouvoir l'utilisation d'une nouvelle technologie de production de vaccins contre des maladies ne figurant pas dans d'autres programmes de l'OMS. Parmi les cibles figurent les virus respiratoires aigus, la dengue, les bactéries capsulées, l'hépatite A et la tuberculose. Le programme est guidé par un groupe consultatif d'experts et la responsabilité des travaux de chaque composante incombe à un comité d'orientation. Jusqu'à présent, 47 projets de recherche ont été financés.

105. Un groupe de travail de l'OMS pour la recherche sur le développement du vaccin antipoliomyélitique au moyen des biotechnologies modernes s'est réuni à Genève, du 17 au 19 avril. Le groupe a recommandé qu'on encourage les travaux sur le poliovirus infectieux, l'ADN et les poliovirus obtenus par manipulations génétiques dans le but d'accélérer les progrès vers le développement d'un vaccin antipoliomyélitique amélioré, et que l'OMS poursuive ses études collectives sur l'évaluation des anticorps monoclonaux pour la caractérisation des souches de poliovirus.

106. Pour appuyer la capacité de diagnostic en laboratoire à la périphérie des systèmes de soins de santé, on a achevé l'évaluation d'un microscope de terrain robuste et peu coûteux, qui paraît être bien accepté pour les travaux en laboratoire. Il faudra cependant lui apporter des améliorations techniques pour accroître sa sensibilité. Les trois manuels de l'unité pédagogique sur le système radiologique de base ont été mis au point. Le manuel d'interprétation radiographique destiné aux généralistes a été préparé pour publication.¹ Des appareils radiologiques de base ont été essayés sur le terrain en Birmanie, en Colombie, à Chypre, au Danemark, en Egypte, en Indonésie, en Islande, au Népal, en Suède et au Yémen et ont débuté en Albanie, en Jordanie, au Maroc, au Nicaragua, au Pakistan, au Royaume-Uni et au Soudan. Un groupe scientifique sur l'utilisation future des nouvelles technologies de l'imagerie dans les pays en développement s'est réuni en septembre-octobre pour analyser les données réunies dans le cadre d'une enquête de l'OMS et faire des recommandations.

107. Une consultation interrégionale réunissant des personnels de haut rang attachés à des institutions et programmes de formation de 13 pays - Cameroun, Colombie, Ethiopie, Liban, Malaisie, Mexique, Nigéria, République de Corée, Sri Lanka, Soudan, Thaïlande, Yougoslavie, Zambie - a eu lieu au Cameroun en juillet 1984 pour procéder à des échanges de vues sur la formation en recherche sur les systèmes de santé dans différents pays et régions. Une unité pédagogique comportant un guide pour la planification des programmes de formation, un manuel et un guide pour les administrateurs et les enseignants a été examinée avec les participants et améliorée à la lumière de leurs suggestions. La consultation a également fait des recommandations en vue de susciter l'appui politique et gestionnaire de la recherche sur les systèmes de santé et de la formation dans ce domaine; d'encourager les activités administratives pouvant promouvoir cette recherche et cette formation; de faire en sorte que du matériel pédagogique adéquat soit fourni; et d'assurer le suivi.

108. A sa vingt-cinquième session, en 1983, le Comité consultatif mondial de la Recherche médicale a décidé de s'attaquer aux grands problèmes liés à la politique de la recherche sanitaire plutôt que de s'en tenir à l'examen de programmes techniques spécifiques. Il a établi à

¹ Palmer, P. E. S. et al. Manual of radiographic interpretation for general practitioners. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1985.

cet effet trois sous-comités chargés respectivement de la stratégie de la recherche sanitaire pour la santé pour tous; de la recherche sur les personnels de santé; du renforcement du transfert de la technologie aux pays en développement du point de vue notamment de la santé. Les premiers résultats de leurs activités ont été présentés à la vingt-sixième session, en octobre 1984, et ont été examinés en priorité. Ils soulevaient des problèmes ardu, qui ont stimulé au sein du CCRM lui-même des discussions fructueuses à la lumière desquelles les travaux se poursuivent. Indépendamment de leur rapport sur les activités de recherche régionales, les Présidents des CCRM régionaux ont apporté des contributions précieuses au débat sur les problèmes cruciaux en discussion, en particulier sur la stratégie de la recherche sanitaire pour la santé pour tous. Il a été décidé que le débat se poursuivrait à tous les niveaux de l'Organisation et que tous les CCRM régionaux examineraient ce point à leur prochaine session afin d'édifier un cadre commun de politique de recherche sanitaire répondant aux divers besoins et aspirations des Etats Membres. A cet égard, il a été souligné qu'il fallait renforcer la coordination au sein du CCRM aux niveaux mondial, régional et national (conseils de recherche médicale). Un groupe de travail étudiera les répercussions au plan structurel et fonctionnel d'un système intégré de CCRM.

VI. MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES, MATERIELLES ET FINANCIERES, Y COMPRIS LES RESSOURCES EXTERIEURES

109. La collaboration avec des organismes bilatéraux, des organismes de financement du système des Nations Unies, la Banque mondiale, les banques régionales et d'autres organisations régionales et non gouvernementales s'est poursuivie en 1984 pour mobiliser les ressources nécessaires à la santé pour tous. Les consultations et les contacts se sont multipliés avec des donateurs comme le Danemark, la République fédérale d'Allemagne, la Finlande, la Norvège, le Japon, les Pays-Bas, la Suède et la Fondation japonaise pour la Construction navale. Au mois de juillet, onze conseillers sanitaires de l'AID des Etats-Unis et les représentants de quatre bureaux régionaux de l'OMS ont tenu une réunion de trois jours pour discuter des moyens de resserrer la coordination entre l'AID des Etats-Unis et l'OMS afin d'aider les pays à mettre en oeuvre leurs stratégies nationales de la santé pour tous.

110. Le Comité du groupe des ressources sanitaires pour les soins de santé primaires s'est réuni pour la quatrième fois en novembre. Il a jugé que les efforts de coordination mondiale et de rationalisation de la mobilisation des ressources appuyant la stratégie de la santé pour tous étaient cruciaux, compte tenu des restrictions économiques sévères imposées à tant de pays en développement, en particulier aux pays les moins développés, et des limitations affectant l'évolution de la coopération technique et financière avec ces pays. Le Comité s'est efforcé d'explorer les moyens d'évaluer l'impact des études sur l'utilisation des ressources sanitaires effectuées avec l'aide de l'OMS au cours des trois dernières années. En 1984, le Botswana, la Guinée, les Maldives, le Sierra Leone, le Togo et la Zambie ont effectué de telles études, ce qui porte à 20 le nombre de celles-ci (dont 16 dans les pays les moins avancés). L'Australie, la République fédérale d'Allemagne, les Pays-Bas et la Banque mondiale ont fourni un appui financier et technique à plusieurs études. Les activités de suivi amorcées dans un certain nombre de pays ont donné lieu à des discussions avec les organismes donateurs et les documents établis pour le Bénin et la Gambie ont servi de base pour la présentation des besoins du secteur sanitaire aux "tables rondes" du PNUD.

111. Pour promouvoir aux niveaux régional et national une meilleure compréhension des méthodes qu'implique la mobilisation des ressources extrabudgétaires pour la santé, on a organisé à Genève en novembre un atelier auquel ont participé des membres des bureaux régionaux et du Siège et des coordonnateurs du programme de l'OMS. L'atelier a examiné les modalités de prise de contact avec les bailleurs de fonds, soulignant l'importance pour les pays de soumettre des propositions adéquates, de collaborer avec les organisations non gouvernementales et de récapituler de manière appropriée les informations afin de permettre à l'OMS d'utiliser son pouvoir de persuasion pour rationaliser l'utilisation des ressources et mobiliser dans la communauté internationale des ressources supplémentaires destinées aux stratégies de la santé pour tous dans les pays en développement.

112. Malgré les efforts accomplis par les Etats Membres de l'OMS pour atteindre le but de la santé pour tous et appliquer l'approche des SSP, des pays en développement ont continué

d'affecter certaines ressources à des activités d'expansion du secteur sanitaire faiblement prioritaires, comme la construction de grands hôpitaux, ce qui va à l'encontre d'un développement sanitaire équilibré et de la bonne utilisation des ressources.

113. Parmi les mesures visant à mobiliser les ressources consacrées à la santé, figurent l'appui donné ou promis par AGFUND en 1984, avec US \$1 million pour les activités du PEV dans la Région de la Méditerranée orientale, US \$1 million pour l'établissement d'un centre OMS d'hygiène du milieu à Amman et la coopération à différents programmes de formation dans la Région. Les activités d'hygiène du milieu, en particulier l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans le contexte de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement, ont également été menées en collaboration en faisant appel aux ressources du PNUD, tandis que les activités de santé maternelle et infantile et de nutrition étaient appuyées par le FISE, associé de l'OMS pour le programme conjoint de soutien nutritionnel financé par le Gouvernement italien. Le FISE et l'OMS ont en outre collaboré avec le FIDA et le Fonds pour la Survie du Tiers Monde du Gouvernement belge à des activités d'appui nutritionnel et d'éducation pour la santé. La collaboration avec le FNUAP s'est poursuivie en santé maternelle et infantile et en planification familiale, en particulier au niveau des pays. La Conférence de Bellagio a stimulé la mobilisation de ressources financières destinées au PEV (voir paragraphe 64).

114. L'OPS a préparé en 1984 et envoyé aux Etats Membres des directives sur la mobilisation de ressources financières extérieures pour l'action sanitaire dans la Région des Amériques. Des consultations ont été engagées avec des donateurs potentiels pour mobiliser l'appui financier du plan de base sur les besoins sanitaires prioritaires de l'Amérique centrale et du Panama (voir paragraphe 113). Dans la Région de la Méditerranée orientale, des contacts étroits ont été maintenus avec le Conseil des Ministres arabes de la Santé et le Conseil des Ministres de la Santé des pays arabes de la région du Golfe.

VII. COOPERATION INTERPAYS

115. L'OMS a participé activement à l'analyse interorganisations des activités du système des Nations Unies en rapport avec la coopération économique et technique entre pays en développement. Un certain nombre de réunions ont eu lieu pour déterminer la portée de la CTPD, et les programmes mondial et régionaux ont été renforcés pour repérer, promouvoir et exécuter les activités de la CTPD.

116. En mai 1984, la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA37.14 exprimant son plein appui à l'initiative prise par les pays d'Amérique centrale (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras et Nicaragua) et du Panama exposée dans leur plan de base sur les priorités de l'action sanitaire dans la sous-région. A titre de première mesure, l'Organisation a engagé des consultations avec les principaux donateurs d'Europe et d'Amérique du Nord ainsi qu'avec le PNUD, le FISE et la Banque mondiale. Une table ronde des donateurs est prévue du 16 au 19 mars 1985 sur l'île de Contadora pour mobiliser l'appui bilatéral.

117. Le programme à moyen terme sur la coopération technique entre pays en développement (CTPD) pour la santé pour tous (1984-1989) adopté par les pays non alignés et d'autres pays en développement a notamment pour objectif d'accélérer le développement des capacités nationales de mise en place de systèmes de santé. Le premier d'une série de colloques sur la préparation aux fonctions d'encadrement prévus pour la période 1984-86 a eu lieu à Brioni (Yougoslavie) en octobre et a réuni 30 hauts fonctionnaires de la santé de Cuba, de l'Inde, de la Thaïlande, de la République-Unie de Tanzanie et de Yougoslavie.

118. Les Ministres de la Santé des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont pris l'initiative d'établir un programme de coopération technique afin de susciter un effort national de mobilisation des ressources. Des discussions bilatérales sur certains aspects de la coopération ont eu lieu entre les représentants des Gouvernements du Népal et du Bangladesh, de Sri Lanka et de la Thaïlande. Un comité ad hoc de hauts fonctionnaires de pays de la Région s'est réuni à Yogyakarta (Indonésie) en avril pour examiner les modalités de la coopération inter-pays. Un séminaire interrégional sur la santé pour tous a eu lieu du 26 août au 7 septembre et les Ministres de la Santé des pays de l'Asie du Sud-Est ont fait le point de la mise en oeuvre des stratégies à leur quatrième réunion tenue à New Delhi du 25 au 27 septembre.

119. Dans la Région européenne, la collaboration s'est poursuivie avec le Conseil de l'Europe, en particulier au sujet de la pharmacopée européenne, de la prévention des infections hospitalières et de l'enseignement infirmier postélémentaire. La politique de santé et la formation des personnels ont été examinées avec la Commission des Communautés européennes. Le rôle du corps médical et sa contribution à la réalisation des buts régionaux ont été examinés avec les représentants d'associations médicales nationales les 7 et 8 décembre.

120. Les pays du Pacifique occidental ont continué de coopérer au service de fournitures pharmaceutiques du Pacifique Sud et de nombreux pays ont participé à des missions en Chine pour échanger leurs expériences sur l'approche des stratégies de la santé pour tous par les SSP.

VIII. COORDINATION AVEC LE SYSTEME DES NATIONS UNIES ET LES AUTRES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

121. En plus des programmes de coopération et d'autres activités conjointes mentionnées dans les sections antérieures, la coordination avec les organisations du système des Nations Unies a couvert la représentation de l'OMS à des réunions interinstitutions et d'autres mesures pour assurer la diffusion des politiques et des programmes de l'Organisation, faire connaître les décisions et les activités prévues. L'OMS a participé au premier examen global et à l'évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie internationale du développement pour la troisième décennie des Nations Unies pour le développement. Le Directeur général a présenté la contribution de l'Organisation sur la base du "rapport sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous" soumis par le Conseil exécutif à la Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé (voir paragraphes 3-4). De plus, le Directeur général a fait rapport à la deuxième session ordinaire du Conseil économique et social sur les progrès accomplis par les Etats Membres de l'OMS dans l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000.

122. A la suite de l'appel lancé par le Secrétaire général des Nations Unies pour demander des mesures d'urgence face à la situation économique et sociale critique de l'Afrique, le Directeur général, en collaboration avec le Directeur régional pour l'Afrique, a fait le nécessaire pour assurer une réponse concertée à cette initiative. Un comité permanent d'urgence sur la crise africaine a été établi au Bureau régional de l'OMS à Brazzaville et l'on a aidé plusieurs pays à créer des comités nationaux d'urgence chargés de définir des plans d'action pour combattre les effets de la sécheresse, y compris les épidémies. L'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies coopèrent avec la Banque mondiale qui a mis en route un programme conjoint d'action pour le développement soutenu en Afrique sub-saharienne en réponse à la crise africaine. La Coopération avec le Programme alimentaire mondial (PAM) sur les aspects sanitaires et apparentés des projets d'aide alimentaire a conduit à entreprendre une évaluation sectorielle de l'impact des projets d'aide alimentaire sur les SSP, soulignant le rôle qu'ils peuvent jouer dans la stratégie. Parmi les activités de coopération spéciale avec le FISE figurent l'étude du développement des SSP dans des pays choisis et le programme conjoint d'appui nutritionnel (voir sections III et IV). En mars, le comité intersecrétariats FISE/OMS a examiné différentes activités menées en collaboration par les deux organisations et a formulé des recommandations pour leur renforcement.

123. La collaboration avec les 131 organisations non gouvernementales (ONG) en relations officielles avec l'OMS a été renforcée dans différents secteurs de programme. L'OMS a réuni des informations sur les ONG spécialisées dans la santé et les questions apparentées et analysé leur rôle et leurs possibilités d'appui des stratégies nationales de la SPT dans des programmes menés en collaboration avec les gouvernements. Des consultations à cette fin se sont poursuivies au niveau national en Bolivie, en Inde, au Népal, en Malaisie, aux Philippines, à Sri Lanka et en Thaïlande. On a commencé de préparer les discussions techniques sur la collaboration avec les ONG dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous qui auront lieu à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1985. Les relations avec les ONG ont fait l'objet d'études spéciales aux Philippines et en Thaïlande.

IX. CONCLUSION

124. Malgré l'importance des réalisations accomplies en 1984, l'exécution des stratégies de la santé pour tous dans les prochaines années représente pour les Etats Membres un défi considérable. L'aggravation de la situation socioéconomique et les menaces qui pèsent sur l'environnement en Afrique, le climat socio-politique et économique incertain en Amérique latine et en Méditerranée orientale, la lutte continue pour maintenir l'infrastructure face aux difficultés du financement des secteurs sociaux dans beaucoup de pays en développement n'ont cessé de réduire la capacité des Etats Membres à réviser leurs systèmes de santé en fonction de l'approche des SSP à laquelle ils ont collectivement donné leur accord. Les informations limitées et choisies qui sont présentées dans ce rapport attestent de l'engagement continu des Etats Membres et laissent entrevoir des progrès en direction de la santé pour tous.

125. Il faut mentionner deux secteurs qui n'ont guère progressé en 1984 alors que la nécessité d'une action avait été reconnue : l'engagement communautaire dans l'action sanitaire; la coordination et la coopération intersectorielles. Les Etats Membres feraient donc bien d'analyser ces aspects de leurs stratégies et de rechercher des moyens innovateurs et courageux pour rallier l'appui d'autres secteurs et - ce qui est plus important encore - de la population. Avec l'aggravation des perspectives économiques, le secteur de la santé publique a peu de chance, à lui tout seul, de pouvoir relever le défi de la santé pour tous. Il faut donc mobiliser toutes les ressources et faire appel aux capacités de la population et des communautés. Pour cela, les gouvernements jugeront certainement nécessaire de créer les mécanismes appropriés et d'exploiter toutes les occasions qui s'offriront à eux. L'OMS se tient prête à appuyer les Etats Membres au mieux de ses capacités dans ces domaines d'importance capitale.

126. En 1984 et en 1985, les Etats Membres effectueront la première évaluation de leurs stratégies de la santé pour tous. Ils auront la possibilité de procéder à un examen approfondi de la pertinence et de l'adéquation de leurs politiques et des mesures qu'ils auront prises jusque-là, des progrès réels accomplis dans l'exécution de leurs stratégies, de l'efficience dont ils auront fait preuve et de l'efficacité des stratégies en question. Ils pourront repérer les principaux obstacles à la mise en oeuvre de leurs stratégies et mettre au point des mesures et des méthodes correctives. Pour certains, l'évaluation peut paraître venir trop tôt, surtout s'ils n'ont pas encore clairement défini leurs stratégies et leurs plans nationaux. Elle pourra néanmoins leur fournir l'occasion de convertir leur volonté politique en action.

= = =