

PROCES VERBAL PROVISOIRE DE LA QUATRIEME SEANCE

Salle de conférences du Sonic City Building, Omiya, Japon  
Mercredi 11 septembre 1991 à 14h30

PRESIDENT : Dr S. Tani (Japon)

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. Eradication de la poliomyélite dans la Région : rapport d'activité .....	106
2. Exécution du budget, 1990-1991 (rapport intérimaire) .....	111
3. Sous-Comité du Comité régional pour les Programmes et la Coopération technique .....	113
3.1. Rapport du Sous-Comité, Partie I : Visites dans les pays .....	113
3.2. Composition du Sous-Comité .....	116

1. ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS DANS LA REGION : RAPPORT D'ACTIVITE : Point 10 de l'ordre du jour (Document WPR/RC42/6)

Le DIRECTEUR REGIONAL indique que le document WPR/RC42/6 contient un rapport sur les activités d'éradication de la poliomyélite depuis l'adoption de la résolution WPR/RC39.R15, en septembre 1988. Le rapport met particulièrement l'accent sur les progrès accomplis depuis la dernière session du Comité régional. Il fait également référence au plan d'action régional révisé pour l'éradication de la poliomyélite d'ici 1995, qui a été distribué séparément.

Après la précédente session du Comité régional, le Bureau régional a constitué un groupe spécial, ainsi qu'un groupe consultatif technique du programme élargi de vaccination et de l'éradication de la poliomyélite composé de six experts du programme élargi de vaccination et de la poliomyélite dans la Région. Celui-ci s'est réuni à Tokyo du 3 au 5 avril de cette année afin d'examiner la situation dans les six pays où la poliomyélite est endémique et d'examiner le plan régional d'action révisé. Ont assisté à cette réunion les administrateurs du PEV des pays où la poliomyélite est endémique et les représentants des organismes internationaux collaborant à ces activités. Le groupe consultatif technique a mis au point et entériné le plan régional d'action révisé.

Le plan d'action souligne la nécessité de renforcer la surveillance de la maladie et d'assurer des services de vaccination systématique et supplémentaire plus étendus pour les enfants. Afin de renforcer la surveillance de la maladie, le Bureau régional a mis en place, à compter de février 1991, un système de notification hebdomadaire des cas de poliomyélite par les six pays où la maladie est endémique.

Un réseau de laboratoires régionaux a été mis en place, les laboratoires de référence régionaux étant situés au Japon et en Australie.

Des laboratoires de référence nationaux ont été désignés en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Philippines et au Viet Nam. Le groupe spécial a collaboré avec les pays concernés afin d'améliorer la vaccination systématique et d'organiser les activités de vaccination supplémentaires requises pour interrompre la transmission de la poliomyélite d'ici 1995. Les pays de la Région où la poliomyélite est endémique souscrivent pleinement à cette entreprise.

L'éradication de la poliomyélite d'ici 1995 est réalisable, mais il faudra pour cela surmonter plusieurs obstacles, dont les principaux sont peut-être les suivants :

- l'insuffisance des vaccins antipoliomyélitiques pour des activités de vaccination supplémentaire, et
- le manque de ressources humaines, matérielles et financières aux niveaux régional et national.

Les autres pays et territoires où il n'y a pas transmission du poliovirus doivent également préparer des plans d'éradication afin de rester indemnes de la maladie.

Des ressources considérables ont été mobilisées jusqu'ici pour l'éradication de la poliomyélite, de nombreux pays et partenaires internationaux jouant un rôle important. Mais il reste encore beaucoup à faire et davantage de ressources seront nécessaires.

Le Dr QI (Chine) est conscient que l'éradication de la poliomyélite d'ici 1995 exigera des efforts énormes de la part des Etats Membres. En Chine, grâce à l'appui de l'OMS, de l'UNICEF, de pays amis et d'organisations internationales, et grâce aux efforts de la Chine elle-même, des taux de couverture vaccinale élevés ont été obtenus. Mais en même temps, le nombre de cas de poliomyélite en Chine représente une forte proportion du total de la Région du Pacifique occidental, des flambées s'étant produites dans certaines régions. En 1990, la maladie s'est manifestée dans 25 % des comtés. Des efforts accrus sont donc nécessaires si l'on veut réaliser l'éradication d'ici 1995.

Tenant compte de l'expérience de la Chine, le Ministère de la Santé publique a élaboré un plan d'action pour l'éradication de la poliomyélite sur la base de la stratégie et de la tactique régionales. Les principales activités au titre de ce plan comprennent le maintien d'une couverture vaccinale élevée, l'intensification de la vaccination dans certaines régions, le renforcement de la surveillance et de la notification, la vaccination des enfants résidant temporairement dans le pays et le maintien d'un fonctionnement normal de la chaîne du froid.

Malgré ces nombreuses difficultés, il a bon espoir que l'objectif de l'éradication pourra être atteint d'ici 1995.

Le Dr ABDULLAH (Malaisie) dit que son pays a été classé dans le groupe IIA sur la base de l'incidence de la poliomyélite et de la couverture par le VPO3. Toutefois, une augmentation substantielle de la couverture est à prévoir, ce qui explique que le pays soit actuellement en phase de transition entre le groupe IIA et le groupe IIB à plus faible risque. Il est donc envisageable que la Malaisie puisse éradiquer la maladie d'ici 1995. Les moyens de laboratoire nécessaires à un diagnostic précoce et efficace seront assurés par le renforcement du Laboratoire national de référence de l'Institut de la Recherche médicale de Kuala Lumpur et par certains laboratoires périphériques.

La Malaisie continue d'acheter des stocks de vaccins. Le vaccin actuellement utilisé est le VPO trivalent qui répond à toutes les normes OMS. Des mesures sont actuellement prises afin d'intensifier la surveillance et d'améliorer la recherche, le diagnostic et la prise en charge des cas grâce à l'élaboration de directives et à la formation du personnel. La Malaisie est en train d'adopter les stratégies énoncées dans le plan d'action pour le Pacifique occidental. La couverture par le VPO3 en 1990 s'élevait à 89,5 %, ce qui représente une amélioration considérable par rapport aux trois années précédentes.

M. SUPA (Iles Salomon) réaffirme le soutien de sa délégation à la résolution WPR/RC39.R15 sur l'éradication de la poliomyélite d'ici 1995 et félicite le Directeur régional pour la création du groupe spécial pour l'éradication de la poliomyélite et du groupe consultatif technique du programme élargi de vaccination et de l'éradication de la poliomyélite. Si des progrès satisfaisants ont été faits en 1989-1990 dans son pays afin d'accroître la couverture vaccinale, le plus important est de maintenir le niveau de couverture obtenu et de continuer à accroître la couverture en 1992. L'expérience de la Chine, où une flambée de poliomyélite s'est produite malgré le taux de couverture vaccinale supérieur à 90 %, montre l'importance de la surveillance ; c'est effectivement un point que les Iles Salomon doivent absolument renforcer.

Sa délégation souscrit aux recommandations formulées par le groupe consultatif technique et convient qu'il devra se réunir régulièrement afin de conseiller les pays et de permettre la réalisation de l'objectif de l'éradication d'ici 1995.

M. REID (Etats-Unis d'Amérique) félicite le Directeur régional de son rapport actualisé et complet sur l'éradication de la poliomyélite. Il est heureux de constater que des progrès considérables ont été faits depuis l'année dernière. La Région du Pacifique occidental a rejoint l'Europe et les Amériques en avançant la date de l'éradication par rapport à la cible mondiale de l'an 2000. Des progrès extraordinaires ont été faits, pour beaucoup grâce au personnel du Bureau Régional. Les chances de succès sont donc importantes, pour autant que les stocks de vaccins soient suffisants.

Les données actuelles relatives à la surveillance et à la vaccination sont encourageantes et la qualité et la notification des données se sont beaucoup améliorées grâce en particulier aux efforts du nouveau groupe spécial pour l'éradication de la poliomyélite créé par le Directeur régional en 1990 ; ces efforts méritent d'être vivement encouragés.

On se demande cependant si le stock de vaccins sera suffisant pour des activités de vaccination supplémentaires. L'insuffisance de stocks à court terme pourrait bien être le principal obstacle au progrès. Sa délégation aimerait donc que le Directeur régional donne son avis sur la situation de l'offre de vaccins.

M. SAWAMURA (Japon) rappelle que le Comité régional a adopté une résolution appelant à l'éradication de la poliomyélite dans la Région d'ici 1995. Si la couverture vaccinale augmente grâce aux efforts du programme élargi, il reste beaucoup à faire si l'on veut atteindre cet objectif et des épidémies ont été signalées par six pays. Des efforts sont nécessaires en particulier pour mettre au point un système de surveillance et des mesures d'endiguement. Il faudrait commencer par définir les mesures à prendre par le Bureau régional et par chaque pays de la Région. La première réunion du groupe consultatif technique du programme élargi de vaccination et de l'éradication de la poliomyélite s'est tenue au Japon en avril 1991.

Le Japon espère remplir son rôle dans l'éradication de la poliomyélite dans toute la Région. Il a soutenu le programme régional depuis 1988 et fourni des services de consultants, organisé des séminaires et assuré des cours de formation. L'aide devra être renforcée à l'avenir - le Gouvernement japonais prévoit d'accroître sa contribution volontaire au programme régional et encourage les efforts de recherche, c'est ainsi que de nouvelles bourses de recherche pour la coopération médicale internationale ont été créées en 1990.

Le Dr PERIQUET (Philippines) dit que son pays est un des six pays de la Région où la maladie est endémique ; il apprécie donc les efforts déployés par l'OMS pour aider ces pays et la Région en général à réaliser l'éradication d'ici 1995. Il félicite l'OMS de la création du groupe consultatif technique qui s'est réuni pour la première fois à Tokyo en avril de cette année et qui doit tenir sa prochaine réunion aux Philippines.

Avec l'appui de l'OMS, les Philippines ont mis au point leur plan d'action national, qui s'inspire des éléments et des stratégies du plan régional ; celui-ci a été approuvé par les plus hautes autorités nationales et devrait être approuvé au plus haut niveau politique en octobre.

Les Philippines se heurtent à des difficultés en ce qui concerne les ressources, notamment pour maintenir un approvisionnement régulier en vaccins, non seulement pour les activités normales de vaccination mais aussi pour des activités de vaccination supplémentaires. La délégation philippine apprécie les efforts que l'OMS, non seulement pour fournir des apports techniques mais aussi pour mobiliser des ressources. Son pays

est déterminé à réussir dans cette entreprise et réaffirme son engagement à l'égard de l'éradication de la poliomyélite. Il pense que la maladie sera éradiquée à la date voulue ou même avant.

Le Dr SIALIS (Papouasie-Nouvelle-Guinée) déclare que la couverture vaccinale est passée dans son pays à environ 60% pour le vaccin anti-rougeoleux et 80% pour les autres vaccins du PEV. En 1990, le vaccin antihépatite B a été introduit dans le programme national. Si l'objectif mondial de la survie des enfants partout dans le monde a été adopté en 1985, les activités n'ont commencé qu'en 1988. Un gros effort a été fourni pour accroître la couverture vaccinale. Fin 1990 et début 1991, le Département des Services de Santé et de la Famille a effectué une enquête de terrain sur le programme de vaccination qui a mis en lumière les problèmes opérationnels et les problèmes de la chaîne du froid et a jeté le doute sur l'innocuité des vaccins administrés aux enfants et aux femmes enceintes. Il est donc nécessaire d'améliorer les systèmes de stockage et de distribution. Un programme accéléré destiné à former les 1500 personnes chargées de la manipulation des vaccins est nécessaire d'urgence. Pour protéger la population, il faut que suffisamment de seringues soient disponibles pour que chaque injection puisse être administrée au moyen d'une seringue et d'une aiguille stériles. De plus, les agents de santé devront être recyclés.

Le Dr BA (Vietnam) déclare que le programme d'éradication de la poliomyélite au Vietnam fait partie du programme élargi de vaccination national qui, en janvier de cette année, a atteint une couverture nationale des enfants de moins de un an supérieure à 80%. Le programme d'éradication a été préparé avec l'aide de l'OMS, de l'UNICEF et de Rotary International et a les objectifs suivants : en 1990-1991, le but est de réduire le nombre de cas de poliomyélite de 50% par an et de maintenir la couverture par le VPO3 au niveau que l'on vient de citer. En 1992-1993, le nombre de cas dans chaque province devra être réduit de 66% et le taux de couverture porté à 85-90%. En 1994-1995, les 44 provinces devront être classées dans la catégorie A (selon les critères internationaux), c'est-à-dire qu'il ne devra plus y avoir eu de cas de poliomyélite pendant trois années consécutives, moyennant quoi l'éradication devrait être réalisée vers la fin de 1995.

Avec l'appui de l'OMS, la surveillance de la poliomyélite a été améliorée, à partir de juin 1990, grâce à de nouvelles procédures de notification entre les hôpitaux de district et les institutions centrales ; 692 cas répondant à la définition du cas suspect ont été enregistrés en 1990 et 91 au premier trimestre de 1991.

Afin de réaliser l'éradication d'ici 1995, on a mobilisé la participation des organisations de masse et de la communauté. L'aide internationale, par exemple le don de 60 millions de doses de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) par *Rotary International*, contribuera pour beaucoup au succès du programme d'éradication au Viet Nam.

Le Dr PALAFOX (Iles Marshall) indique que son pays fait partie du groupe IIA, pour une bonne part à cause des problèmes de logistique que pose l'existence de nombreux atolls très dispersés, mais aussi à cause du système extrêmement centralisé de santé. Avec l'aide de l'OMS, on a entrepris de décentraliser ce système tout en donnant certains pouvoirs aux communautés et de nombreux projets pilotes ont été lancés. On espère ainsi que le taux de couverture pourra bientôt être augmenté.

Le Dr BOVORA (République démocratique populaire lao) annonce qu'un plan d'action a été préparé en 1990 avec l'aide de l'OMS et de l'UNICEF. D'après les renseignements disponibles, on a recensé 91 cas de poliomyélite en 1989, 18 en 1990 et un seul au cours des six premiers mois de l'année en cours. Le programme de vaccination n'a pas été très satisfaisant à cause du manque de crédits. Le Ministère de la Santé devra

fournir des efforts accrus pour augmenter le taux de couverture vaccinale si l'éradication doit être réalisée d'ici 1995. Il met donc actuellement au point un plan d'action et il organisera également au mois de décembre une journée nationale pour la vaccination des enfants de moins de cinq ans. De plus, le Ministère prépare un programme de coopération avec le gouvernement japonais et l'OMS dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la vaccination. Sa délégation serait heureuse de bénéficier d'une aide de l'OMS et d'organismes bilatéraux pour la fourniture d'équipements et de vaccins et la confirmation sérologique des cas.

Le Dr KURISAQILA (Fidji) souligne que bien que le dernier cas de poliomyélite ait été enregistré à Fidji en 1962, il ne faut pas céder à un optimisme exagéré, comme il l'a déjà dit. Certains cas de paralysie aiguë ont été observés depuis, mais le diagnostic de poliomyélite a été exclu, essentiellement pour des raisons cliniques. Fidji est donc considéré comme exempt de la maladie et le taux de couverture par le vaccin oral y est supérieur à 80 %. D'après une enquête conduite au mois de janvier de l'année en cours, les taux de couverture pour les sérotypes 1,2 et 4 y sont respectivement de 99 %; 98 % et 97 %, et de 98 % pour le VPO3. Un groupe spécial de travail sur la poliomyélite est actuellement mis en place ; il sera chargé de renforcer le système de surveillance et de notification, ainsi que les services de laboratoire ; une aide de l'OMS pourrait être nécessaire pour les services de laboratoire et le Dr Kurisaqila note avec satisfaction que des crédits ont été prévus à cette fin dans le plan d'action régional.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie tous les représentants pour leurs paroles d'encouragement et de sympathie. La Région s'est engagée à éradiquer la poliomyélite d'ici 1995 et il est donc nécessaire d'aller de l'avant.

Le représentant des Etats-Unis d'Amérique a demandé quels étaient les besoins et les disponibilités en vaccins. En principe, ce sont les autorités nationales qui déterminent leurs besoins en vaccins pour la vaccination systématique contre la poliomyélite. Les vaccins nécessaires pour les opérations de "ratissage" et les journées nationales de vaccination ont donc été calculés sur la base d'un certain nombre d'hypothèses à savoir, pour les opérations de ratissage, deux doses de VPO pour 5 % des enfants de moins de cinq ans et, pour les journées nationales de vaccination, deux doses de VPO pour tous ces enfants. On suppose également que le taux de gaspillage des vaccins est de 25 % pour les opérations de ratissage et d'environ 5 % pour les journées nationales de vaccination. Il faut également prévoir des taux estimatifs de croissance, surtout pour les six pays d'endémie, et des chiffres de 1,4 % pour la Chine, 2,2 % pour le Viet Nam, 2,9 % pour le Cambodge, 2,9 % pour la République démocratique populaire lao, 2,3 % pour les Philippines et 2,2 % pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont été retenus. Même si l'on tient compte de ces hypothèses, les estimations peuvent varier d'un pays à l'autre et les besoins peuvent aussi être fonction de l'aide éventuelle d'organismes donateurs. Les chiffres indiqués ne doivent donc pas être considérés comme définitifs car ils pourraient être encore modifiés. Pour les six pays d'endémie, les besoins en vaccins ont donc été estimés à 350 millions de doses en 1992, à 390 millions de doses en 1993 et à 324 millions de doses en 1994 pour des opérations supplémentaires de vaccination et de "ratissage". Ainsi qu'il est indiqué dans le rapport, les pays et organismes donateurs ont été invités à s'engager à fournir des vaccins lors de la première réunion du Groupe consultatif technique. Toutefois, les engagements reçus jusqu'ici pour 1992 ne représentent que 15 à 25 % du total des besoins pour cette année là. Le groupe tiendra une deuxième réunion aux Philippines en décembre de cette année avec la participation des organismes donateurs. Ces derniers seront invités à fournir une aide à cette occasion et il espère que cet appel sera favorablement accueilli.

2. EXECUTION DU BUDGET, 1990-1991 (RAPPORT INTERIMAIRE) :  
Point 11 de l'ordre du jour (Document WPR/RC42/7)

Le DIRECTEUR REGIONAL indique que le rapport intérimaire sur l'exécution du budget en 1990-1991 est présenté dans le document WPR/RC42/7. Un exposé faisant apparaître le niveau d'exécution financière intérimaire du budget programme ordinaire au 31 mai 1991 par grand programme et programme figure dans le document, ainsi qu'une annexe qui contient des observations préliminaires sur l'exécution financière.

Le montant estimatif de US\$ 58 103 000 donné à la colonne 1 du rapport pour le budget programme ordinaire de 1990-1991 est celui qui a été examiné par le Comité régional à sa trente-neuvième session en 1988. Par la suite, un montant net de US\$ 1 142 900 a été déduit de ce total, essentiellement en raison des ajustements des taux de change résultant de l'augmentation du dollar des Etats-Unis par rapport au peso philippin. Ainsi, les crédits révisés alloués au budget ordinaire pour 1990-1991 se sont montés à US\$ 56 960 000.

Le niveau d'exécution du budget programme était de US\$ 50 839 270, soit un taux de 89 %, au 31 mai 1991, ce qui est légèrement supérieur aux taux précédents. Ce résultat est dû à l'amélioration du système de surveillance dans la Région. Si l'on ajoute les activités en cours qui représentent US\$ 6 117 385, le taux d'exécution sera de 99,99 %.

Le rapport a été préparé pour fournir un bilan récent de l'état d'exécution des programmes mais il sera heureux de répondre à toutes les questions.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) félicite le Directeur régional qui présente un rapport très instructif faisant apparaître, pour chaque ligne budgétaire, les montants dépensés ou engagés à ce jour et expliquant les différences entre les sommes engagées et les sommes allouées à l'origine. Il est cependant intrigué par le fait qu'environ 120 % des crédits alloués au départ aient été dépensés pour les services d'appui, ce pourcentage étant beaucoup plus élevé que le taux d'exécution correspondant à presque toutes les autres lignes budgétaires. On relève également des pourcentages élevés pour la direction générale et l'appui au plan de l'information sanitaire. Il est important de noter que des dépenses moins élevées au titre de ces rubriques libéreraient des crédits qui pourraient être affectés à des programmes de santé prioritaires.

A cet égard, il se félicite que dans son allocution de la veille, le Directeur général se soit inquiété du financement et qu'il ait demandé aux Etats Membres d'accorder une attention particulière à cinq secteurs prioritaires, répétant que toutes les ressources de l'OMS, y compris les crédits alloués aux pays, sont les ressources de tous les Etats Membres, n'appartenant à aucun pays en particulier, et insistant pour que lui soit donc donnée la souplesse nécessaire pour récupérer, reprogrammer ou redéployer les ressources de l'OMS au sein des pays, entre les programmes, ou même entre les pays et les régions si les besoins et les priorités l'exigent. Etant donné les ressources limitées dont dispose l'OMS, il ne faut pas oublier que dépasser le budget pour la direction générale et les services d'appui signifie que l'on dispose de moins de crédits pour d'autres programmes de santé très nécessaires.

Le rapport présenté l'année précédente sur le même sujet contenait un tableau très précieux sur l'exécution financière du Programme du Directeur régional pour le développement. Dans le rapport maintenant soumis au Comité, il est indiqué que le taux d'exécution du Programme du Directeur régional pour le développement est de 99 %. M. Boyer aimerait que les participants à la session puissent consulter un tableau analogue indiquant en détail le niveau d'exécution de ce programme.

Le Dr KURISAQILA (Fidji) déclare que trois points du rapport intérimaire dont est saisi le Comité revêtent une importance particulière pour Fidji, soit le développement des systèmes de santé, et, surtout, l'organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et le développement des ressources humaines pour la santé. Le rapport montre que ces points représentent une proportion considérable des allocations de crédits du Bureau régional et que leur taux d'exécution financière est très élevé. Il félicite le Directeur régional et son personnel pour ce résultat. L'organisation d'un système de santé fondé sur les soins de santé primaires est hautement prioritaire à Fidji. Il sait combien le Dr Tapa doit se sentir honoré d'avoir reçu la médaille d'or de la santé pour tous de l'OMS car il a personnellement éprouvé le même sentiment de fierté lorsque trois médailles d'or des soins de santé primaires ont été remises à des communautés de Fidji.

Le développement des ressources humaines pour la santé revêt depuis longtemps une importance particulière à Fidji et l'Ecole de Médecine du pays a grandement bénéficié des crédits alloués sous ce poste.

Le Dr MEAD (Australie) rappelle que le Directeur régional a mentionné un manque de financement pour le SIDA et pense qu'il serait utile au Comité s'il pouvait expliquer les taux d'exécution peu élevés pour les points de l'ordre du jour concernant les maladies sexuellement transmissibles (13.11) et le SIDA (13.13).

Le Dr TAPA (Tonga) demande à quoi se réfèrent les montants figurant dans la deuxième colonne du tableau 1 sous "Changement de priorités".

Le DIRECTEUR REGIONAL dit qu'en exécutant le budget, les changements de chiffres sont uniquement dus à des augmentations de coûts. Une reprogrammation flexible a lieu là où c'est faisable, particulièrement quand les activités devant être exécutées peuvent être financées par d'autres sources, question sur laquelle il reviendra lorsqu'il répondra au point soulevé par le représentant de l'Australie.

En réponse à la question soulevée par le représentant des Etats-Unis d'Amérique sur l'augmentation des dépenses d'appui, l'allocation originale était de US\$ 3 406 000, mais la dépense réelle a été de US\$ 3 987 000, soit une augmentation de US\$ 581 000. Les dépenses d'appui comprennent les frais administratifs de la Région dans son ensemble, consacrés à la fourniture de services aux unités techniques. Les dépenses communes de service et d'entretien représentent environ un tiers du budget, soit US\$ 1 200 000, et US\$ 1 000 000 (ne figurant pas au tableau) pour les services communs, provenant des crédits de soutien aux programmes, reçus lorsque les programmes utilisant des fonds extrabudgétaires sont exécutés.

Cinq facteurs principaux sont responsables de l'augmentation. Les salaires des personnels de la catégorie professionnelle à l'OMS ont été augmentés au 1er juillet. Les salaires des personnels des services généraux en poste à Manille ont été augmentés de 13,7%. Le coût des services et de l'entretien a augmenté en raison d'un haut niveau d'inflation aux Philippines, qui est supérieur à 10% l'an, tandis que les crédits prévus pour couvrir l'inflation dans le budget n'étaient que de 8% pour l'ensemble de la période biennale. Des équipements supplémentaires ont également été achetés pour le Bureau régional.

En ce qui concerne la direction générale, une partie de l'augmentation résulte d'une augmentation statutaire de son propre salaire à partir du 1er juillet. Il s'est également efforcé de visiter plus souvent les Etats membres pour tenir des discussions d'orientation et des discussions d'ordre technique, et ces frais de voyage ont contribué à l'augmentation



au titre de la direction générale. Le taux d'exécution peu élevé du programme 6 est dû à l'absence d'un conseiller régional en éducation pour la santé ces derniers mois. Il projettent de nommer un conseiller régional en promotion de la santé le 1er octobre, ce qui fera augmenter le taux d'exécution.

En ce qui concerne le Programme du Directeur régional pour le développement, au moment de l'examen du budget programme 1990-1991, il a offert US\$ 195 000 pour ce que le Comité régional avait choisi comme priorité : la lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues, les médicaments essentiels et les programmes relatifs aux maladies non transmissibles, comme le tabac ou la santé et la lutte contre les maladies cardiovasculaires. Le but du programme, bien évidemment, était de prévoir des activités qui n'étaient pas prises en compte au moment de la budgétisation, de fournir des fonds d'amorçage pour promouvoir des initiatives dans certains secteurs de programmes, et de régler des dépenses liées aux catastrophes naturelles, et le programme a été utilisé à toutes ces fins.

Sur le total de US\$ 922 000 originellement prévus au budget, le taux d'exécution à ce jour n'est pas de 99%, mais de 78,71%, dont 56,16% sont déjà dépensés, et 22,16% sont affectés à des activités devant être exécutées avant la fin de la période biennale. Il reste US\$ 200 000, qu'il garde pour mener à bien les buts premiers du programme de développement du Directeur régional jusqu'à la fin de l'année.

En ce qui concerne les questions soulevées par le représentant de l'Australie, les chiffres d'exécution du budget ne concernent que le budget programme ordinaire. Le rapport qui sera présenté en 1992 sur l'exécution du budget comprendra le budget programme ordinaire et les ressources extrabudgétaires. Bien que la politique de l'OMS soit que le SIDA soit financé uniquement à partir de ressources extrabudgétaires, US\$ 185 000 sont gardés dans le budget ordinaire pour répondre aux demandes des pays souhaitant bénéficier d'une affectation budgétaire pour le SIDA dans leur propre budget de pays. Les fonds extrabudgétaires, principalement reçus par le biais du Siège, se montent à US\$ 5,3 millions. Les programmes interpays en représentent US\$ 1,7 million et les activités dans les pays, US\$ 3,6 millions.

En réponse au représentant des Tonga, le terme "Changement de priorités" fait référence aux changements de programmes qui ont eu lieu entre l'élaboration et l'exécution du budget.

Finalement, afin que les représentants puissent voir d'eux-mêmes quelle utilisation a été faite du programme de développement du Directeur régional, il va à présent fournir le détail des activités et des crédits qui y ont été consacrés, détails qui seront résumés dans un tableau et annexés au procès-verbal.

### 3. SOUS-COMITE DU COMITE REGIONAL POUR LES PROGRAMMES ET LA COOPERATION TECHNIQUE : Point 12 de l'ordre du jour

#### 3.1 Rapport du Sous-Comité, Partie I: Visites dans les pays : Point 12.1 de l'ordre du jour (Document WPR/RC42/8)

Le Dr NUKURO, rapporteur du Sous-Comité pour les programmes et la coopération technique, présente le rapport sur les visites dans les pays que quatre de ses collègues du Sous-Comité ont entreprises plus tôt cette année. Certains membres du Sous-Comité ont visité la République démocratique populaire lao et les Tonga.

Conformément à la décision du Comité en 1990, leur tâche était d'étudier les activités dans le domaine de la gestion des installations sanitaires, y compris l'entretien des équipements biomédicaux, par rapport à la collaboration de l'OMS dans ce secteur.

Au nom du Sous-Comité, il exprime sa satisfaction devant l'excellente coopération et la chaleureuse hospitalité qui leur a été témoignées dans les deux pays.

Après les visites, le Sous-Comité a été rejoint par ses autres Membres au Bureau régional à Manille, pour discuter de leurs résultats.

En général, le Sous-Comité a eu le plaisir de noter qu'il existait un réseau planifié d'installations sanitaires dans les deux pays, bien que dans le cas de la République démocratique populaire lao, qui a fait face à de graves problèmes économiques ces dernières années, certaines de ces installations aient un urgent besoin d'amélioration.

En ce qui concerne l'équipement biomédical, les deux pays ont clairement reconnu le besoin d'amélioration de la gestion et de l'entretien, et ont formé des personnels et mis en place des ateliers à cet effet. Cependant, le potentiel de ces mesures n'a pas encore été totalement réalisé pour plusieurs raisons. En particulier, le besoin de politiques et de procédures rationnelles en matière d'acquisition d'équipements, ainsi que le manque de systèmes d'entretien préventif ont été constatés. Dans les deux pays, ceci est lié au fait que la plupart des équipements disponibles sont donnés, et cela mène fréquemment à des problèmes comme des technologies inappropriées, des coûts de fonctionnement élevés et à un manque d'utilisateurs formés convenablement.

Le Sous-Comité a constaté que de tels problèmes sont communs aux autres Etats Membres également.

La coopération de l'OMS dans ce secteur est considérée comme active et réussie. Les propositions du Sous-Comité pour développer et renforcer davantage cette coopération, ainsi que ses résultats et conclusions plus détaillés, figurent dans le document WPR/RC42/8.

En se tournant vers l'avenir, le Sous-Comité a suggéré que, dans le cadre de son mandat pour 1992, il devrait examiner et analyser l'impact de la coopération de l'OMS avec les Etats Membres dans le domaine du développement des soins infirmiers dans le contexte des ressources humaines pour la santé.

M. VAIMILI (Samoa) est satisfait du travail détaillé entrepris par le Sous-Comité et attire l'attention sur les sections 1.2.4 et 1.3 de l'annexe 3 de ce rapport. Nombre des problèmes soulignés dans ces sections peuvent se retrouver au Samoa. Cependant, son gouvernement a récemment donné au Département de la Santé l'autorité d'acheter des fournitures médicales directement. Ceci, en plus de l'assistance offerte par le Bureau régional pour l'achat de produits pharmaceutiques, profitera, on l'espère, aux pays voisins autant qu'au sien. Les jolies phrases ne sont pas suffisantes : il est important, en particulier pour les donateurs, d'être conscient du besoin d'assurer la mise en oeuvre en optimisant l'utilisation des ressources humaines.

M. SUPA (Iles Salomon) félicite le Sous-Comité de son rapport et soutient la proposition que des visites soient faites en Chine, aux Iles Cook et à Macao en 1992.

Les problèmes mentionnés dans le rapport, particulièrement ceux qui sont liés aux équipements biomédicaux, s'appliquent à son pays et il a par conséquent dûment noté les recommandations faites aux Etats Membres. Puisque de tels équipements sont importés, ils sont souvent chers, et la recommandation 2.3.1 5) est donc une priorité.

Il se félicite de l'annonce faite par le précédent intervenant.

Le Dr BOVORA (République démocratique populaire lao) se dit satisfait de la visite faite par les membres du Sous-Comité, des excellents conseils et assistance offerts en ce qui concerne la résolution de problèmes liés à l'entretien des équipements biomédicaux et à la gestion des installations sanitaires.

Attirant l'attention sur les conclusions du rapport, il dit que le Ministère de la Santé projette de réhabiliter un atelier comme centre de réparation des équipements biomédicaux sous la direction du Département de la thérapie, de l'hygiène et de la réadaptation. Puisque le budget de la santé est limité, le Ministère de la Santé n'est pas encore à même d'entreprendre des achats pour les hôpitaux dans tout le pays. A la suite de la libération du pays, il y avait des besoins urgents d'équipements à différents niveaux, qui étaient fournis directement par les donateurs, et il était donc difficile de s'assurer que l'équipement fourni était adapté aux conditions locales.

Il approuve les conclusions du Sous-Comité et souhaite que l'OMS poursuivra son assistance dans les domaines de la gestion et de l'entretien des équipements biomédicaux grâce aux services d'un consultant à court terme et à la formation de techniciens.

Le Dr TAPA (Tonga) se dit satisfait de la visite rendue aux Tonga par les membres du Sous-Comité en juin 1991 et félicite le Sous-Comité de son rapport détaillé. Il approuve ses résultats, ses conclusions et recommandations concernant les Tonga. Le Ministère de la Santé a beaucoup appris grâce à la visite et souhaite mettre en oeuvre les recommandations du Sous-Comité. Il souhaite la poursuite du soutien de l'OMS en ce qui concerne l'entretien des équipements biomédicaux.

Le Dr PALAFOX (Iles Marshall) convient que des pays comme le sien rencontrent des problèmes similaires en ce qui concerne le caractère approprié des équipements, leur rapport coût-efficacité, etc. Une stratégie adoptée par la République des Iles Marshall, qui s'est révélée efficace et pourrait profiter aux autres est la mise en place d'un conseil consultatif national de la santé qui étudie toutes les politiques et les achats proposés dans le domaine de la santé. Ce conseil est formé des Secrétaires permanents des Ministères de la Santé, de l'Education et des Services sociaux, ainsi que des experts techniques.

Le Dr PRETRICK (Etats fédérés de Micronésie) se joint aux intervenants pour saluer le rapport du Sous-Comité, qu'il a lu avec intérêt, son pays connaissant des problèmes similaires. Tous les efforts doivent être faits pour améliorer la situation en sollicitant une aide d'autres agences internationales ainsi que de l'OMS. Les problèmes se conjuguent à de nombreux facteurs, y compris le manque de personnel formé convenablement, de ressources et de plans d'entretien. Il souhaite que l'OMS poursuive son assistance à l'avenir.

Le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution.

**3.2 Composition du Sous-Comité : Point 12.2 de l'ordre du jour**

Le DIRECTEUR REGIONAL dit que les membres actuels du Sous-Comité sont le Brunéi Darussalam, les Iles Salomon, Kiribati, le Portugal, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, les Tonga et la Vanuatu.

Les membres du Sous-Comité dont les mandats arriveront à expiration en 1991 sont le Brunéi Darussalam, les Iles Salomon, le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord et Vanuatu.

Pour choisir les pays qui doivent remplacer les quatre membres sortants, il est désirable que deux d'entre eux viennent du nord de la Région et deux viennent du sud.

Le Comité est donc invité à considérer la nomination des Iles Cook, de la République démocratique populaire lao, de la République de Corée et du Samoa pour remplacer les quatre membres sortants du Sous-Comité.

Dr KURISAQILA (Fidji) soutient cette proposition.

En l'absence de toute autre commentaire, le PRESIDENT dit qu'il suppose que le Comité régional accepte la proposition du Directeur régional et demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution.

La séance est levée à 16h40.

ANNEXE

ACTIVITES FINANCEES AU TITRE DU PROGRAMME DU DIRECTEUR REGIONAL  
POUR LE DEVELOPPEMENT, 1990-1991

Secteur de programme	Titre du programme	Activité	Montant (\$ EUA)
2.4	Coordination extérieure pour le développement sanitaire et social	Assistance d'urgence pour les catastrophes naturelles	72 453
3.1	Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances	Participants	4869
3.2	Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national	Bourse	35 100
4.	Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires	Frais d'installation d'un bureau de liaison au Cambodge	50 000
		Fournitures et équipements et frais locaux	37 811
5.	Développement des ressources humaines pour la santé	Voyages d'étude	24 687
8.4	Tabac ou santé	Participants	8800
9.4	Santé des travailleurs	Conseillers temporaires et réunion	27 490
		Participants	15 000

Secteur de programme	Titre du programme	Activité	Montant (\$ EUA)
10.2	Prévention et lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues	Consultants et frais locaux	66 684
11.2	Hygiène de l'environnement dans l'aménagement rural et urbain et l'habitat	Participants	6452
12.1	Technologie clinique, radiologique et de laboratoire pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires	Cours de formation régionaux et nationaux	62 762
12.2	Médicaments essentiels et vaccins	Consultant	10 400
12.4	Médecine traditionnelle	Publication	29 800
13.3	Paludisme	Fournitures et frais locaux	34 722
13.14	Autres maladies transmissibles	Réunion	8336
13.17	Maladies cardio-vasculaires	Atelier national	8000
13.18	Autres maladies non transmissibles	Consultant	14 500
			-----
			517 866