

**PROCES-VERBAL DE LA SEPTIEME SEANCE**

Salle de conférence de l'OMS, Manille  
Vendredi 22 septembre 1989 à 14h30

**PRESIDENT: M. N. Supa (Iles Salomon)**

**TABLE DES MATIERES**

	<u>page</u>
1. Planification et gestion des ressources financières pour la santé (suite) .....	194

1. PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR LA SANTE : Point 6 de l'ordre du jour (Document WPR/RC40/12) (suite de la sixième séance, section 3)

Le PRESIDENT dit que la session du matin a souligné la signification de la tâche du Comité, à savoir améliorer le processus d'élaboration des politiques sanitaires. Plusieurs mesures intéressantes et potentiellement valables pour l'amélioration de la performance des services de santé par le biais d'une meilleure politique financière ont été décrites. Un nombre assez impressionnant de mesures sont prises actuellement, qui reflètent la grande diversité des pays de la Région, mais un certain nombre de facteurs communs émergent de cette diversité. Il suggère donc que, dans la suite de la discussion, le Comité se concentre sur : 1) la stabilisation des coûts; 2) l'élargissement des sources de financement; et 3) la mise au point des politiques sanitaires. Il serait utile de savoir comment l'expérience acquise dans ces domaines est évaluée. Pourquoi certains problèmes dans ces trois domaines semblent si faciles à résoudre dans certains pays, et si difficiles dans d'autres? Le Comité devrait aussi étudier ce que l'OMS pourrait faire pour multiplier les efforts nationaux dans la planification et la gestion des ressources financières pour la santé.

Le Dr SHIN (République de Corée), se référant à la première question, dit que la notion de "coûts" peut être différemment comprise. On peut considérer les dépenses nationales de santé comme un coût, comme des dépenses institutionnelles, ou comme des coûts unitaires pour les services. Tous ces trois aspects sont importants. Dans la mesure où le système d'assurance est adopté en République de Corée depuis douze ans, le taux d'utilisation (pour les malades hospitalisés et non hospitalisés) a été multiplié par 2,5. Le gouvernement a par la suite établi un système de copaiement. Il a également établi un système d'orientation-recours pour limiter le nombre de personnes cherchant à se faire soigner au centre hospitalier universitaire (qui dispose d'une technologie très sophistiquée et est donc très coûteux). Ceux qui veulent être admis à l'hôpital universitaire sans y avoir été référé doivent payer eux-mêmes la totalité des coûts.

La République de Corée se préoccupe beaucoup de la situation des produits pharmaceutiques. Les Philippines ont déjà adopté les noms génériques, ce qui permet dans une certaine mesure d'éviter la sous-utilisation et le surcoût. En outre les sociétés pharmaceutiques sont extrêmement commercialisées et un nombre incalculable de nouveaux produits chimiques et d'antibiotiques sont produits chaque année.

Son gouvernement encourage les hôpitaux publics à créer une fondation spéciale, en leur donnant une autonomie complète en matière de décision et de gestion. Il existe des problèmes avec le système de paiement qui génère lui-même une tendance à l'inflation, dans la mesure où le médecin a tendance à prescrire plus de services dans le cadre d'un système de compensation pour service rendu.

Le Dr ABDULLAH (Malaisie) indique qu'on assiste à une escalade des coûts des services de santé en Malaisie, et que l'on essaie d'introduire un système d'assurance afin de pallier le problème. Il accueillerait volontiers les points de vue des autres participants sur la base de leurs propres expériences en ce qui concerne l'opportunité d'une telle mesure. Pour le Dr Abdullah, un système d'assurance pourrait entraîner une sur-utilisation de certains services de santé et une sous-utilisation d'autres services. De même, il se demande si l'introduction d'un système d'assurance entraîne normalement la privatisation des hôpitaux. Peut-être existe-t-il d'autres solutions que l'assurance pour empêcher une escalade supplémentaire des coûts.

Le Professeur RAJPHO (République démocratique populaire lao), notant les références faites à l'équité et l'efficacité, donne un aperçu de la situation en République

démocratique populaire lao - l'un des pays les plus pauvres, avec une population de 3,8 millions d'habitants, un taux démographique de 2,9 pour 1 000 par an, et une espérance de vie d'environ 50 ans. Pour 1989, le budget de la santé a été augmenté d'environ 14% par rapport à 1988; néanmoins les dépenses de santé restent très basses et ne représentent que 3% du PNB.

Les montagnes et les forêts rendent l'accès à de nombreuses régions du pays difficile et les moyens de transport limités et la mauvaise qualité du réseau routier freinent le développement des services de santé. Dans l'ensemble 60% seulement de la population est couverte par les services de santé, et ce pourcentage est encore bien plus faible dans les zones rurales et les régions de minorités ethniques.

Le budget de la santé est insuffisant; il existe des structures sanitaires dans les districts et villages, mais elles sont souvent sous-utilisées à cause de la pénurie de personnel qualifié. La supervision et la surveillance continue, ainsi que la coordination entre les divers programmes (santé maternelle et infantile, vaccination, etc) font défaut.

La plus grande partie du financement provient de l'impôt, mais aussi de la participation communautaire et de l'aide internationale. Ces sources de financement permettent la prestation de services gratuits. Une étude est en train d'être réalisée pour déterminer la possibilité d'établir un système d'assurance pour les fonctionnaires de la fonction publique et pour d'autres catégories.

Depuis 1987, grâce à l'aide de l'OMS et d'autres organisations internationales, il a été possible de renforcer le développement de l'infrastructure des services de santé, et de la technologie sanitaire.

L'accent a été placé sur le système de santé de district, où tous les aspects du travail sont coordonnés et gérés conformément au principe des soins de santé primaire.

En juillet 1989, une conférence-atelier appuyée par l'OMS a été organisée à Vientiane pour renforcer la gestion des soins de santé primaires à tous les niveaux; d'ici à la fin de l'année, trois districts seront choisis dans des régions avec des conditions socio-économiques différentes en vue de trouver des solutions spécifiques et appropriées; ce projet pilote peut être étendu à d'autres domaines.

Le Dr BULE (Vanuatu) indique que les services de santé du Vanuatu sont largement financés par le gouvernement et, dans une mesure plus limitée, par le secteur privé.

La situation économique a décliné depuis 1986. Suite à des réductions budgétaires forcées, le budget de la santé pour 1989 a été réduit de 10% par rapport à 1988. D'un autre côté, le taux de croissance annuel de la population est passé à 3,2% et la demande en services de santé a augmenté. Dans le but de réduire les surcoûts prévus d'ici à la fin de 1989 et de planifier un budget viable pour 1990, le Département de la santé a mis en place les mesures suivantes d'économie des coûts : 1) des négociations ont commencé avec les Eglises pour qu'elles partagent les coûts de fonctionnement de certains équipements de santé dont elles s'occupaient auparavant; 2) les règlements des services publics ont été amendés pour prévoir des emplois à mi-temps (compte tenu de la sous-utilisation de certains équipements de santé); 3) les autorités sanitaires publiques ont été encouragées à accroître leur rôle dans la prestation des services de santé de base et dans la promotion des activités de soins de santé primaires; 4) l'organisation des services de santé est en train d'être restructurée afin d'assurer une meilleure utilisation des ressources disponibles; des sous-comités ont été créés pour la planification sanitaire, l'encadrement, le développement des personnels, l'amélioration des infrastructures, la

lutte contre la maladie, les soins de santé primaires et l'information; ces comités jouent un rôle important compte tenu de la pénurie de gestionnaires de haut niveau ou de niveau intermédiaire et de la dépendance vis-à-vis du personnel expatrié; 5) la réduction de la force de travail par la mise à la retraite du personnel est en train d'être considérée.

M. DROLLET (France) remercie l'OMS d'avoir permis ce débat sur le financement de la santé et espère que les résultats seront positifs et enrichissants. Bien qu'il n'existe aucune solution universelle définitive au problème du financement, le partage des données d'expériences devraient permettre aux Etats Membres d'éviter les erreurs faites par d'autres.

Il y a deux ans, la Polynésie française a réexaminé sa structure sanitaire et la situation sanitaire en vue de rechercher différents moyens d'intervention financière. La Polynésie française compte 200 000 habitants, ce qui est très peu par rapport à la Chine, mais les méthodes d'intervention actuellement expérimentées en Chine peuvent également être utilisées en Polynésie française. En comparaison avec d'autres îles du Pacifique, la Polynésie est très vaste en ce que celle couvre une superficie égale à celle de l'Europe.

Il existe trois niveaux d'action différents pour la gestion financière. Au premier niveau se trouve les services de soins de santé primaires, dans le cadre duquel les services de santé doivent être assurés, même dans les îles éloignées, avec les problèmes de formation et de transport que cela implique, et l'une des conditions essentielles pour être un agent de santé est d'être capable d'utiliser un équipement radiophonique. Si l'on veut assurer des services de santé réellement équitables et efficaces, la population vivant loin de Tahiti ne doit pas être négligée.

Deuxièmement, en complément des soins de santé primaires, on dispose de l'hôpital de Papeete, à Tahiti, très moderne et disposant d'un équipement et d'une technologie sophistiqués. Cet hôpital revient cher, certes, mais est indispensable. M. Drollet est ouvert à toute suggestion sur le moyen de couvrir de telles dépenses.

Il existe un système d'assurance maladie à Tahiti pour les salariés. Néanmoins, le taux de chômage relativement élevé (un peu plus de 11%) a pour résultat que de nombreuses personnes se trouvent exclues des systèmes d'assurance maladie, d'imposition et de sécurité sociale, mais elles ont besoin elles aussi de recevoir des soins de santé. Le coût de fonctionnement de l'hôpital de Papeete est extrêmement élevé et les dépenses de personnel représentent environ 70%. A ce problème s'ajoute la difficulté de trouver des gens capables d'assurer la formation médicale et paramédicale.

Le Gouvernement a essayé de mettre en place un système pour couvrir la population polynésienne dans son entier afin que s'il n'y a pas d'équité devant l'impôt, il y ait au moins une équité sociale.

Troisièmement, il y a l'Institut Malardé et son laboratoire qui ont été subventionnés conjointement par les gouvernements de Tahiti et de la France. On a encouragé l'Institut à diversifier son financement, ce qui serait plus sûr. Comme l'Institut remplit également le rôle de laboratoire de santé publique, il est financièrement auto-suffisant.

Il s'agit là des trois niveaux pour lesquels la Polynésie Française doit trouver des solutions de financement, que ce soit des solutions fiscales ou sociales. Finalement, il remercie tous les participants de partager leur expérience dans ce domaine.

Dr TALWAT (Papouasie-Nouvelle-Guinée), faisant référence à l'affirmation de la délégation coréenne qu'il y a eu une augmentation de 2,5% de l'utilisation des services de santé depuis l'introduction de l'assurance maladie, demande s'il y a eu une augmentation proportionnelle des coûts administratifs. La Papouasie-Nouvelle-Guinée est tout à fait consciente du coût caché que représente l'introduction de nouveaux systèmes dans les services, et particulièrement le personnel, afin de s'assurer que le collationnement, l'archivage, etc, sont bien effectués.

En ce qui concerne la structure de gestion, en Papouasie-Nouvelle-Guinée comme ailleurs, 50% du budget de la santé sont consacrés au personnel, et ainsi il reste peu pour les services eux-mêmes. Malgré que l'introduction de nouveaux systèmes financiers soit encouragée, les anciens systèmes administratifs sont conservés pour les services de santé, ce qui devrait faire l'objet d'une enquête. Il est possible que certains postes de personnel puissent être purement et simplement supprimés, ou bien qu'un membre du personnel puisse assurer le travail exécuté actuellement par deux. De telles mesures réduiront les coûts. Le nombre des employés devra être réduit dans tout le système, et de préférence en commençant par le niveau le plus haut, c'est-à-dire les décideurs, puisque ce sont les gens qui d'habitude perçoivent des augmentations périodiques de traitement. Les gens directement impliqués avec les patients dans le service de soins de santé devront être les derniers à être affectés.

Le Dr SHIN (République de Corée), avant de répondre à la question de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, mentionne que chaque pays ayant un système socio-économique et un environnement politique différents, le système de santé qui convient à un pays ne convient peut être pas au pays voisin. L'utilisation des services de santé après l'introduction de l'assurance maladie a été multipliée par 2,5 dans les douze ans entre 1978 et 1989. Une raison à cela est peut être que la demande insatisfaite auparavant est aujourd'hui satisfaite. Il existe une forte exigence d'égalité des services, et l'ignorer pourrait avoir des conséquences désastreuses. L'assurance n'a été qu'une façon d'atteindre l'objectif de fournir de bons services de santé au peuple. Quand l'assurance a été introduite, il fallait considérer certains facteurs comme le type, le nombre, la répartition et la distribution des médecins et la disponibilité des infrastructures des services de santé dans tout le pays. L'introduction de l'assurance maladie donne aux gens l'impression qu'ils ont un accès libre aux services de santé, que ce soit en zone urbaine ou rurale. Au début des années 80, le système d'assurance a fait l'objet d'une forte promotion en République de Corée, et nous avons souffert d'un manque cruel de médecins et d'hôpitaux. Grâce au système d'économie de marché, le salaire des médecins s'est multiplié par 2 ou 3. Ceci a amené une crise, dont le pays s'est cependant remis assez facilement.

En réponse à la question du Représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, il dit ne pas pouvoir chiffrer l'augmentation des coûts administratifs, puisque le système est géré par des compagnies d'assurances, et non pas par le Gouvernement. Il existe 400 compagnies de ce genre qui ont la charge du recouvrement des primes et du paiement des factures. Les coûts administratifs pour les grandes compagnies représentent généralement 2 à 3% de leur revenu total. Cependant, les coûts administratifs pour de petites compagnies se montent entre 15 et 20% de leurs revenus, et cela crée un problème. Le Ministère considère actuellement l'éventualité d'en faire reprendre la gestion par les autorités fiscales. C'est aujourd'hui un vaste débat politique dans le pays de savoir si l'on doit conserver les 400 compagnies indépendantes ou les faire fusionner en une seule, ce qui aurait l'avantage de diviser les coûts et de réduire les risques de faillite.

Faisant référence à l'intention de la Malaisie de mettre en place un système d'assurance, il dit qu'un tel système augmente les coûts plutôt qu'il ne les réduit, en vertu

d'un plus grand accès aux services de santé. Cependant, si l'on en est conscient, il est possible de mettre en place un sous-système où les patients paient leurs soins de santé et soient ainsi conscients de leurs coûts. En République de Corée, la structure du système de paiement est inflationniste et doit être modifiée. Les médecins et les hôpitaux préfèrent utiliser un système de service contre paiement, ce qui a abouti à une bataille rangée entre eux et les dirigeants.

La privatisation n'est pas essentielle au système d'assurance; en République de Corée, 20% des hôpitaux sont publics mais ils sont toujours régis par le système d'assurance sociale.

Le Dr TAITAI (Kiribati) dit que, en dépit de sa petite taille, Kiribati souffre des mêmes problèmes que les autres Etats Membres. Kiribati n'a pas de système d'assurance. Les coûts à Kiribati sont principalement imputables aux services curatifs, en vertu des progrès faits en technologie, etc. Pour Kiribati, l'introduction des soins de santé primaires a été une façon de stabiliser les coûts particulièrement pour les services de santé périphériques. L'établissement de groupes d'auto-assistance communautaire a énormément réduit les coûts du Gouvernement. Les soins de santé primaires ont également augmenté l'accessibilité aux services de soins de santé à presque 100%; ils sont gérés par les gens eux-mêmes, et le Gouvernement fournit les médicaments, l'équipement et la main d'oeuvre.

Récemment, maintenir les services à Kiribati est devenu difficile à cause de l'augmentation des coûts. Kiribati est engagé dans plusieurs programmes, y compris celui du contrôle démographique et de la planification familiale pour lesquels il demande l'appui continu de l'OMS. Quand de tels programmes seront bien établis, ils réduiront également les coûts. Une mesure supplémentaire a été prise pour réduire les problèmes financiers, qui consiste à encourager les entreprises autonomes et productrices de revenus.

Il remercie l'OMS et les organisations non gouvernementales pour leur appui à Kiribati pour la fourniture de services de santé. Cependant, il note que le Gouvernement de Kiribati fait particulièrement attention à ne pas laisser l'aide extérieure mettre en péril sa politique d'auto-responsabilité.

M. MANATA (Iles Salomon) souligne le fait que les services de santé aux Iles Salomon sont essentiellement financés par le Gouvernement, conformément à la constitution. Cependant, à cause des difficultés financières du Gouvernement dans le déclin économique actuel, le Gouvernement cherche des moyens de réduire sa charge financière en le partageant avec d'autres qui ont les moyens de le payer. Puisqu'une partie de la population est pauvre, un plan d'assurance maladie n'est peut-être pas approprié. Le programme d'action du gouvernement actuel a clairement affirmé la nécessité d'une étude de faisabilité pour un plan d'assurance maladie national, de même que des mesures de recouvrement des coûts.

Le Ministère de la santé a demandé une bourse de l'OMS pour qu'un sous-secrétaire de la santé puisse suivre une maîtrise en administration de la santé, avec une spécialité en financement de la santé. L'OMS a accordé la bourse. Les Iles Salomon ont également mentionné le besoin d'un consultant à long terme pour remplacer le sous-secrétaire pendant ses études. Le consultant devra travailler dans l'unité de planification sanitaire aux Iles Salomon pour examiner certains aspects du système comptable et de budget et étudier la faisabilité de différents moyens de financement des services de santé. Une telle collaboration représentera une information de base inestimable pour le gouvernement. Le sous-secrétaire, à son retour, pourra développer un système qui soit adapté aux conditions des Iles Salomon.

Le Dr SCHUSTER (Samoa) dit que sa délégation regrette de ne pas avoir eu l'occasion de mentionner plus tôt son expérience en matière de planification et de gestion des ressources pour la santé. Il félicite le Directeur régional et son personnel pour la bonne préparation des documents et des présentations.

Il est bien d'accord que les problèmes centraux sont clairs - équité et efficacité dans la gestion, responsabilité pour chaque dollar dépensé à la prestation de soins de santé dans l'ensemble des services. L'élément à la base de ces deux exigences est la qualité du soin de santé donné au peuple. La qualité comprend l'équité et l'efficacité, ainsi que les trois débats politiques en discussion, c'est-à-dire stabilisation des coûts, expansion des sources de financement et développement des politiques de santé. De plus, l'impact final des soins de santé dépendra de la qualité des services.

Le Samoa tente d'améliorer ses indicateurs de santé mais est toujours loin d'être satisfait. Un plus grand engagement est nécessaire pour assurer une utilisation plus efficace des ressources disponibles d'une économie fragile. L'équité et la qualité des services sont relativement bonnes, grâce à la culture unique de ce pays, mais il reste encore beaucoup de possibilités d'améliorations. Le Samoa a conscience de nombreuses difficultés qui l'attendent sur le chemin de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà et sera alors obligé d'examiner toutes les façons possibles de perfectionner la structure, le contenu et le fonctionnement du système de soins de santé et la planification et la gestion des ressources financières pour la santé. Le Samoa est reconnaissant à l'OMS, aux organisations non gouvernementales, aux donateurs bilatéraux et autres pour leur assistance financière et technique dans cet effort.

Le Dr ADAMS (Australie) dit que son pays a une longue expérience en matière d'assurance-santé privée et, depuis 1975, il connaît aussi un système d'assurance appuyé par l'Etat, qui couvre tous les citoyens pour les frais médicaux de base et qui est financé par un impôt de 1,5% sur le revenu. Le représentant de Singapour a indiqué à une séance précédente que l'introduction du système de prestation contre paiement a réduit la demande. D'après lui, cependant, la couverture par l'assurance-santé des honoraires entraîne une augmentation de la fréquence des prescriptions par les professionnels. Si un système de surveillance n'est pas mis en place, on court le risque d'une surprestation de service par un petit secteur de la profession médicale, qui pourrait entraîner des problèmes financiers.

Il a pris bonne note des développements aux Philippines en ce qui concerne les produits pharmaceutiques. L'Australie a une longue expérience en matière d'allocation de subsides à toute une gamme de produits pharmaceutiques, y compris les médicaments essentiels. Au cours des quelques dernières années, ce système s'est avéré un gouffre pour les ressources de l'Etat et des mesures draconiennes ont dû être prises, parmi lesquelles l'encouragement à la prescription de médicaments génériques; la question est toujours l'objet de controverse.

L'apparition de nouvelles technologies est un autre sujet d'inquiétude. Bien qu'elles produisent de bons résultats, elles sont toujours extrêmement coûteuses et leur implantation est toujours fortement recommandée par les groupes de spécialistes concernés. Le dilemme se pose sans arrêt de savoir s'il faut en restreindre l'usage dans le secteur public, ou s'il faut les mettre plus largement à disposition sous le couvert de l'assurance-santé; on peut aussi souvent se demander s'ils ont passé le stade expérimental pour devenir des outils d'utilisation générale. Il n'a pas non plus de réponse à la question qui ne cesse d'être posée du rationnement des services de santé, comme par exemple la restriction de certains services à certains groupes définis.

Le système fédéral que connaît l'Australie permet à chaque Etat d'expérimenter des structures de gestion diverses. Certains ont des systèmes semblables à celui décrit par la représentante de la Nouvelle-Zélande, avec des services de santé régionaux et des enveloppes budgétaires pour les services hospitaliers, les soins de santé primaires, etc. pour une population définie.

On note une autre tendance croissante à imbriquer le secteur privé et le secteur public plus étroitement, par le truchement du commissionnement de certains services. Bien qu'on puisse se demander si le secteur privé est bien le plus indiqué pour s'occuper des accidents et des services d'urgence, il n'en est pas moins vrai que cela pourrait résoudre au moins partiellement le problème des listes d'attente pour la chirurgie élective ou la chirurgie à froid.

Dans un système de prestation contre paiement couvert par une assurance se pose le problème du financement de services préventifs, comme les vaccinations ou le dépistage du cancer. Il faut essayer divers moyens de paiement des hôpitaux et des personnels de soins de santé chargés d'assurer ces services et il a entendu à ce sujet avec beaucoup d'intérêt la présentation de la représentante de la Nouvelle-Zélande.

Les problèmes de politique générale ne sont pas faciles à résoudre et ils ne manqueront certainement pas de conduire à d'autres discussions intéressantes.

Mme SMAIL (Nouvelle-Zélande) dit que, lors de la séance précédente, le Président a mis en garde contre le danger d'une augmentation de la prestation des services sans un contrôle strict de la demande. Il est également nécessaire d'imposer une certaine discipline à ceux qui assurent les services. Des sociétés privées de conseil en gestion prétendent qu'elles sont capables d'améliorer l'efficacité de n'importe quelle organisation ou société commerciale de quelque 20% et de réduire leur coût d'autant. L'expérience a montré en Nouvelle-Zélande que des résultats semblables peuvent être obtenus au sein des services de santé. Si les changements des structures gestionnaires ne sont pas effectués, l'efficacité de beaucoup d'autres initiatives s'en trouvera réduite. La Nouvelle-Zélande a mis en place une unité de gestion du développement des services de santé, qui est chargée de renforcer les compétences de formation à la gestion au niveau national autant qu'au niveau des conseils locaux de la santé. Une attention accrue est accordée à l'établissement des priorités pour l'enveloppe budgétaire définie: il est inévitable que la santé continuera à être insatiable en matière de financement, mais la Nouvelle-Zélande comme les autres pays n'a que des ressources limitées.

La Nouvelle-Zélande a commencé à mettre au point des systèmes d'information sur la gestion et un système d'utilisation des ressources est actuellement introduit dans les hôpitaux et dans les conseils locaux de la santé; dans un premier temps, on se concentre sur les hôpitaux qui reçoivent l'essentiel du financement. Le système suit chaque patient individuellement et définit le coût de chaque prestation au cours d'un traitement, en mettant en lumière le pourcentage de ces coûts qui incombent aux services indirects et aux frais généraux d'administration. Comme le représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée l'a dit dans une séance précédente, il est surprenant de noter la proportion des coûts qui résultent des services autres que les soins directs aux patients. On espère que le système conduise à un ciblage plus précis des mesures de limitation des coûts. Cela devrait permettre également de comparer les différents personnels médicaux et la performance de différentes unités, des hôpitaux et des conseils locaux de la santé.

Depuis 1985, la Nouvelle-Zélande a mis davantage l'accent sur la participation communautaire aux services de santé, en instruisant les gens davantage sur la nature finie des ressources pour la santé et en créant des comités communautaires au sein des



conseils de la santé, qui donnent aux communautés un droit de regard plus officiel sur le développement des politiques et l'établissement de priorités dans leur zone.

La gestion des affaires peut apporter beaucoup au développement des politiques en matière de santé. En Nouvelle-Zélande on a reconnu que, par le passé, trop de temps, trop d'énergie et trop d'argent ont été consacrés au maintien du statu quo, et trop peu d'attention consacrée à se demander si ce que l'on faisait était bien, si l'on avait les bonnes priorités et suivait les bons objectifs, et si de nouveaux domaines d'activités n'auraient pas pu être inclus.

Après de longues discussions, la Nouvelle-Zélande est occupée à mettre au point des politiques et des objectifs nationaux clairs définissant ce qui peut être fait avec les fonds que l'Etat verse aux services de santé. On a trouvé qu'une démarche autocratique n'était pas souhaitable et qu'il valait mieux arriver à un accord entre le gouvernement, les services de santé et la population par la consultation si l'on veut mettre au point des politiques de santé pertinentes qui seront en même temps une incitation à un engagement plus profond.

Le Dr TAPA (Tonga) félicite le Directeur régional et son personnel pour le document très éclairant qu'ils ont préparé et qui devrait se révéler très utile.

La Constitution des Tonga prescrit au gouvernement de protéger la vie et la propriété des citoyens, ce qui a été fait par la perception d'impôts, essentiellement indirects. Les dépenses de santé par habitant ont augmenté au cours des dix dernières années de PT17,67 en 1981-1982 à TP26,06 en 1985-1986 et il a été prévu au niveau du budget de les monter juste au-dessous de la barre des PT40,00 en 1989-1990. L'unité monétaire des Tonga est à peu près équivalente au dollar australien. Le budget de la santé représentait 11,3% du budget total de l'Etat en 1981-1982 et en 1985-1986, et de 10% en 1989-1990. Après un passage à 13% il y a quelques années, on a noté une tendance continue à la baisse. Cependant l'Etat est chargé d'assurer les soins de santé à l'ensemble de la population, quels que soit ses moyens.

L'économie des soins de santé s'occupe de l'allocation optimale de ressources limitées et de l'analyse coût-bénéfice de l'utilisation de ces ressources. Le gouvernement et le ministère de la santé en particulier accordent une attention sans cesse croissante à ce problème et, avec l'aide de l'OMS, un planificateur de santé a tout récemment participé à un cours sur l'économie des soins de santé au Royaume-Uni.

Il n'y a pas de système d'assurance-santé aux Tonga. En plus des rentrées fiscales, une petite proportion des fonds alloués à la santé provient des honoraires qui sont chargés pour certains services spécialisés tels que les radiographies et les services de vaccination pour les candidats à l'émigration. Il y a quelques années, le gouvernement avait pensé facturer aux patients hospitalisés les frais de lingerie et de restauration mais cette mesure a été rapportée en juin 1988. Il est heureux de cette décision, parce que la plupart des patients sont économiquement faibles et ils méritent d'être pris en considération avec plus de compassion.

Les autorités ont décidé que toutes les nouvelles technologies seraient dûment évaluées par la division de la planification familiale et de l'information, avant qu'une décision quelconque ne soit prise quant à un achat éventuel.

Les changements dans les structures gestionnaires aideront à contenir les coûts. Aux Tonga, un petit programme de limitation des coûts a été introduit : il comprend des mesures d'économie d'électricité et d'eau à l'hôpital. Les Tonga ont également adopté la

liste des médicaments essentiels recommandée par l'OMS, ce qui a réduit les frais d'achat de médicaments.

La centralisation de la gestion de ressources doit être faite avec tact. Une centralisation excessive de certaines décisions de gestion financière entraîne souvent un ralentissement du rythme d'exécution d'un programme. Mais il y a des économies financières à faire et une centralisation de certaines décisions devrait contribuer à une utilisation optimale des ressources pour la santé.

Sur la question d'un élargissement des sources de financement, le paiement d'honoraires par les patients tongans a été supprimé, mais il semble que l'opinion publique soit de plus en plus favorable à un accroissement de la charge fiscale sur les produits nuisant à la santé comme le tabac et l'alcool, les rentrées supplémentaires seraient alors versées en sus aux services de santé.

Un mécanisme de financement communautaire a également été proposé et les communautés participent à des projets d'auto-assistance. Quand le projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement a commencé il y a une vingtaine d'années, un accord tripartite a été signé entre l'Etat, l'UNICEF et les populations concernées, ces dernières contribuant sous forme de main-d'oeuvre. Cet arrangement est toujours en cours.

Le rôle des organisations non gouvernementales est aussi significatif. Il existe une association pour le planning familial, et des associations hospitalières ont été établies pour lever des fonds dans le public, apporter un certain confort aux patients et aider à l'achat du matériel domestique que l'Etat n'était pas en mesure d'acheter avec son propre budget.

Sur la question du développement de la politique en matière de santé et de l'amélioration possible du processus d'analyse, de formulation et de mise en oeuvre de cette politique au sein d'un pays donné en fonction des questions financières, il n'y a qu'une solution : c'est la planification et la gestion financières. La préparation d'un plan financier est une étape essentielle qui assurera le succès de la mise en oeuvre des politiques de santé intégrées plan national en la matière. Les compétences en matière de planification et de gestion financière doivent être largement répandues parmi les responsables des politiques et des décisions dans l'ensemble du secteur de la santé. Cela est important pour la préparation du budget, pour l'allocation des ressources et pour une gestion efficace des ressources limitées à tous les niveaux. La recherche sur les systèmes de santé appliquée au financement des soins de santé est également importante en ce qu'elle apporte de nouvelles informations sur le processus décisionnel et sur l'allocation optimale des ressources, sur les coûts actuels des services, sur l'impact de la prestation de ces services et sur le repérage des divers coûts unitaires. Ces informations sont indispensables si l'on veut contrôler les coûts. D'autres questions essentielles comprennent une distribution géographique équitable des ressources, le repérage des zones mal desservies et les mesures à prendre en faveur de ceux qui y vivent, l'allocation budgétaire pour les programmes de soins de santé primaires, la ré-allocation des ressources pour les soins de santé, l'allocation des ressources aux programmes de santé publique et l'examen de méthodes alternatives de financement du système de santé.

L'OMS a apporté à son pays des bourses d'études qui ont permis à deux membres de la division de la planification et de l'information sanitaire d'apprendre la méthodologie de la recherche sur les systèmes de santé et de la mettre en application à leur retour.

Les Tonga sont toutes prêtes à entreprendre une étude globale sur la planification financière et les coûts et elles espèrent que l'OMS pourra répondre favorablement à la demande.

Il appuie totalement les commentaires du Président lors de la séance précédente, qui portaient sur la nécessité pour les ministres de la santé de ne pas rester spectateurs mais au contraire de jouer un rôle actif face à cette question du financement des services de santé. Il convient d'influencer les programmes d'aide multilatérale et bilatérale. L'appui des organisations d'aide multilatérale et non gouvernementales devrait être encouragé. Dans les pays en développement comme les Tonga qui ne disposent que de peu de ressources, pratiquement tous les projets de développement sont financés par des programmes d'aide bilatérale et les planificateurs autant que les gestionnaires doivent apprendre davantage sur ces projets afin de mieux comprendre leur mécanisme quand ils se tournent vers les banquiers. Il exprime la reconnaissance de son gouvernement pour l'aide bilatérale reçue du gouvernement de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Japon.

Le Dr REODICA (Philippines), faisant référence à la question de savoir comment stabiliser les coûts, et aux conséquences de l'assurance sur l'utilisation, dit que le programme Medicare de son pays protège quelque 21 millions d'employés des secteurs public et privé et les personnes à leur charge. En s'efforçant d'augmenter le taux de remboursement de Medicare sans en augmenter la cotisation, le Département de la santé a fait l'expérience d'un plan financier et de prestation de services différent, qui implique de lier Medicare à une organisation de maintenance de santé, cette dernière consistant en un groupe d'hôpitaux accrédités et d'autres pourvoyeurs de soins de santé. Les membres de Medicare souscrivant à ce plan reçoivent tout traitement nécessaire de cette organisation, qui est financée par Medicare par capitation jusqu'à un montant équivalent aux primes. L'organisation de maintenance de santé partage ainsi les risques financiers avec Medicare et est donc incitée à l'efficacité dans la prestation des soins de santé. En plus des soins hospitaliers, cette organisation fournit des soins de consultation externe, y compris des consultations et des soins préventifs comme les vaccinations, évitant ainsi l'hospitalisation à chaque fois que cela est possible. L'expérience est en cours depuis à peu près neuf mois. En mai 1989, le nombre de membres de l'organisation était de 12 567, provenant de 32 agences de gouvernement et de 125 entreprises privées, ce qui ne représente que 0,6% du nombre total des membres de Medicare, et le plan est jusqu'à présent limité à la zone urbaine de Manille. Les données disponibles indiquent que pour le même montant de ressources, l'organisation de maintenance de santé a pu fournir un taux de remboursement de 44% - une amélioration de 14% sur le plan Medicare classique, qui avait un taux de remboursement de près de 30% en 1987. Il apparaît ainsi que ce plan financier est à même de fournir plus de services de soins de santé à ses souscripteurs pour le même niveau de ressources financières.

En ce qui concerne les conséquences de l'application des technologies les plus avancées, l'accent, en soins de santé primaires, a été placé sur le transfert de technologie au niveau des ménages dans des domaines tels que la réhydratation par voie orale dans la lutte contre les maladies diarrhéiques, la surveillance de la croissance en matière de nutrition, les centres de planification familiale et le dépistage de la tuberculose.

En ce qui concerne les changements de structures de gestion, elle mentionne le système restructuré de prestation de soins de santé, dans lequel une sage-femme était employée pour répondre aux besoins de santé de près de 5 000 personnes. Le rôle de la sage-femme a été élargi, de celui de d'accoucheuse traditionnelle à celui d'une personne capable d'offrir consultation et traitement au niveau du village. Des soins de santé préventifs et thérapeutiques ont également été intégrés au niveau provincial. La

décision, y compris le financement, ont été décentralisés au niveau de la province et du district.

Le Dr TEARIKI (Iles Cook), faisant référence aux moyens de stabilisation des coûts, dit que son pays a l'intention de considérer la question de l'assurance.

En ce qui concerne les conséquences de l'application des technologies les plus avancées, on a rapidement compris que la technologie était en constant changement, mais la question à poser est celle du caractère approprié d'une telle technologie. On a souvent dit que la vie ou la santé ne peuvent pas être évaluées en termes monétaires, mais l'accès à la haute technologie exigée par le consommateur dépend des moyens de l'Etat. Les Iles Cook appliquent en l'occurrence une technologie correspondant à leurs besoins.

En ce qui concerne les changements de structures de gestion, son pays a l'intention de continuer l'évaluation périodique de son système de gestion, et il cherche le moyen d'étendre ses services et sources de financement. Il est aujourd'hui difficile d'étendre les services si ce n'est à l'aide de l'éventuelle application d'un paiement par l'utilisateur. On étudie également la possibilité de développer le secteur privé, afin qu'il partage les coûts aujourd'hui supportés entièrement par le secteur public ou le gouvernement.

Le développement de politiques de santé est un problème important. Sa délégation comprend bien que les politiques changent avec le temps, et avec les exigences communautaires, qui sont parfois réalistes, et parfois ne le sont pas. Il y a toujours des implications financières à examiner, et tout dépend des moyens que l'on a pour se permettre une politique conçue pour la communauté.

La politique de santé aux Iles Cook, conçue il y a dix ans, est un problème qui a été considéré essentiellement par des professionnels, mais depuis quatre ans on assiste à un glissement des professionnels de la santé vers les consommateurs. Réunir les pourvoyeurs de soins de santé et les prestataires est aujourd'hui considéré comme le moyen le plus approprié de concevoir une politique par laquelle les pourvoyeurs puissent recommander le type de politique qu'ils considèrent comme le mieux adapté à la communauté. En même temps, les prestataires auront l'occasion de dire ce dont ils pensent avoir besoin. On a l'intention d'introduire cette politique en 1989 et l'on espère développer un système meilleur, pour minimiser les coûts et envisager d'éventuelles sources de financement.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit que la journée impartie aux discussions d'un problème si important semble être trop courte. Il a appris beaucoup grâce aux commentaires des représentants. Un grand pas a été fait pour trouver des moyens de mieux exploiter les ressources, de comprendre et de gérer les finances pour la santé. Le Comité a entendu comment chaque pays se sent impliqué dans l'utilisation et l'allocation efficaces des ressources, le développement des mécanismes pour une meilleure santé, pour se débarrasser des inégalités dans le secteur de la santé et en particulier pour lutter contre le coût toujours plus élevé des services de santé.

A la lumière de la discussion du Comité, il pense qu'il est maintenant possible d'indiquer quelques mesures spécifiques à prendre pour augmenter la viabilité et l'efficacité financières du secteur de la santé.

Dans les petits pays insulaires, par exemple, il est très possible de développer des plans plus efficaces de paiement par l'utilisateur, aussi minime soit-il, et particulièrement pour les services hospitaliers. Ces pays peuvent également trouver avantage à étudier avec soin la faisabilité de l'introduction du programme d'assurance maladie. Il y a

également de nombreuses opportunités dans ces petits pays insulaires pour conduire des études de coûts, comparant les bénéfices tirés des différents services et équipements.

Pour les pays de la Région aux ressources économiques sévèrement limitées, il pourra être très bénéfique d'examiner d'autres mécanismes de financement de la santé, y compris les programmes d'assurance maladie conçus spécifiquement pour les besoins de pays individuels. Dans de nombreux pays semblables, il sera utile d'étudier les moyens d'utiliser des sociétés coopératives pour un financement communautaire des services de santé primaires ou, dans d'autres - comme dans le cas de la Chine - un service médical collectif.

A plus long terme, le rôle du secteur privé dans la prestation des soins de santé devra probablement être élargi dans de tels pays, afin de garantir l'efficacité grâce à la concurrence. Il sera également important que ces pays accordent la priorité à l'étude de moyens de contrôle des coûts d'une technologie de santé chère. Par dessus tout, pour les pays à revenu faible, l'amélioration de l'accès financier et physique à des soins de santé suffisants pour tous les citoyens est une tâche urgente.

Les pays en développement plus grands continueront sans aucun doute à étudier les façons efficaces d'étendre la couverture de l'assurance maladie aux indépendants et à ceux qui ne sont pas employés par des firmes ou des entreprises. L'assurance sera un aspect important du plan financier de ces pays pour encore quelque temps.

Des méthodes de financement des soins préventifs (en particulier la vaccination), et d'utilisation de l'assurance maladie pour améliorer la qualité des soins seront particulièrement intéressantes. Il est extrêmement important que la qualité des soins ne soit pas négligée dans l'introduction de nouveaux mécanismes. L'accent devra être mis dans de nombreux cas sur les groupes de population les plus pauvres.

Un autre problème sera celui de l'efficacité de l'allocation intersectorielle de ressources (les secteurs liés à la santé et non liés à la santé) et de l'allocation intrasectorielle (entre les différents services de santé à l'intérieur du secteur de santé).

Il y aura également un grand intérêt à développer des mécanismes de stabilisation des coûts. Le secteur des services dans des pays à revenu moyen ou à haut revenu s'est rapidement étendu et la tendance générale va sans aucun doute continuer. Parallèlement, des techniques de gestion de plus en plus sophistiquées se sont développées dans le secteur des services, mais le secteur de la santé dans ce domaine a traîné derrière d'autres secteurs de services dans la plupart des pays de la Région. Puisqu'une proportion croissante des ressources nationales a été allouée à la santé, cet échec d'une évolution parallèle aux autres secteurs dans le développement de la gestion et des capacités économiques sera un problème pour tous. Il y a donc deux besoins étroitement liés entre eux dans le domaine de la formation dans le secteur de la santé. Le premier est le besoin d'un programme de formation complet en économie et en gestion financière pour le personnel de santé, et le second, le besoin que des économistes et les scientifiques de la gestion ont de mieux connaître le domaine de la santé. Les compétences financières et gestionnaires dans le secteur de la santé doivent être développées, soit dans l'optique d'un engagement plus actif, soit pour une application positive et concrète. A ce propos, il est d'accord avec les commentaires du Président sur une éventuelle réunion des ministres de la santé et les ministres des finances de la Région afin d'amorcer un dialogue. Cela ne sera pas facile, parce que les ministres des finances éprouvent parfois des réticences à se rendre à une réunion qui touche au secteur de la santé, mais il étudiera certainement la faisabilité d'une telle réunion dans un avenir proche si c'est possible.

Il y aura également un besoin commun d'approche inter-disciplinaire, comme le suggérait le représentant des Tonga, comprenant des agences multilatérales ou bilatérales, particulièrement sur la faisabilité de différentes politiques financières et gestionnaires pour l'amélioration de la santé.

Le Secrétariat sera heureux de répondre à toute demande d'aide dans tout domaine où c'est nécessaire.

Le PRESIDENT dit qu'il est clair d'après la discussion que la plupart des pays de la Région ont à leur disposition un certain type de planification financière ou en sont au stade de la planification. Dans de nombreuses activités financières présentes, cependant, il n'y a aucun objectif clairement défini ni aucune base d'évaluation. En sait-on assez sur les résultats escomptés de ce que l'on fait? Par exemple, la plupart des pays de la Région utilisent ou considèrent l'utilisation de l'assurance maladie comme mécanisme financier. Cela est sans aucun doute une approche extrêmement utile, mais il est clair que les programmes d'assurance maladie ont de nombreuses implications en termes de politique. Ils ont des effets directs sur des priorités essentielles telles que l'équité pour ceux qui ont le plus besoin de soins, l'efficacité dans l'utilisation des ressources peu abondantes, et la stabilisation des coûts dans un environnement de technologie médicale en constant développement. La discussion a montré comment certains pays traitent ces problèmes. Beaucoup a été appris, et le temps est venu de mettre cette connaissance à profit.

Il y a un accord général quant au besoin d'être plus rationnel et complet dans la planification, et d'excellents exemples de méthodes appropriées ont été présentés. La prochaine étape logique sera de commencer à les utiliser. Un certain nombre d'approches novatrices en matière de recouvrement et de stabilisation des coûts ont été décrites, mais il est nécessaire d'en apprendre plus sur elles, et l'OMS devra aider à la mise en commun entre les pays de leur expérience technique. Beaucoup a également été dit sur le besoin de nouvelles qualifications dans les pays, allant de l'analyse de la politique à la gestion de programmes. Il y a là clairement un rôle à jouer pour l'OMS dans la collaboration avec les pays, afin de trouver le meilleur moyen de satisfaire ce besoin. Finalement, il est clair que les pays peuvent avoir des objectifs communs et travaillent déjà ensemble pour les atteindre. L'élan que nous avons acquis ne doit pas être perdu et les pays devront continuer à travailler en plus étroite collaboration pour satisfaire leurs besoins communs.

Il considère que le Comité est d'accord avec les vues exprimées et demande en conséquence aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution dans ce sens.

La séance est levée à 17h05.

PROCES-VERBAL DE LA HUITIEME SEANCE

Salle de conférence de l'OMS, Manille  
Lundi 25 septembre 1989 à 9h00

PRESIDENT: Dr A.R. Bengzon (Philippines)

TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
1. Examen des projets de résolution .....	208
1.1 Planification et gestion des ressources financières pour la santé .....	208
2. Lieux et dates des quarante et unième et quarante-deuxième sessions du Comité régional .....	208
3. Déclarations des représentants des organisations des Nations Unies, des agences spécialisées, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS .....	209
4. Examen des projets de résolution (reprise) .....	210
4.1 Quarante et unième et quarante deuxième sessions du Comité régional .....	210
5. Motion de remerciement .....	210
6. Clôture de la session .....	210

## 1. EXAMEN DES PROJETS DE RESOLUTION

Le Comité examine le projet de résolution suivant:

### 1.1 Planification et gestion des ressources financières pour la santé: (Document WPR/RC40/Conf. Paper No 13)

Décision: Le projet de résolution est adopté (voir résolution WPR/RC40.R15).

## 2. LIEUX ET DATES DE LA QUARANTE ET UNIEME ET QUARANTE-DEUXIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL: Point 22 de l'ordre du jour.

Le Directeur régional signale qu'une invitation a été reçue pour tenir la quarante-deuxième session du Comité régional au Japon.

M. ONISHI (Japon) confirme que le Japon a demandé par écrit d'avoir l'honneur d'accueillir la quarante-deuxième session du Comité régional. La dernière fois que le Japon a accueilli le Comité remonte à 1977; la tenue au Japon de la session de 1991 serait l'occasion d'éveiller l'intérêt de la population japonaise pour les activités de l'OMS. Il serait également approprié que le Comité se tienne dans le pays natal du Dr Nakajima au cours de la troisième année du Directeur général à la tête de l'Organisation. Il sera certes difficile pour le Japon de rivaliser avec l'extraordinaire hospitalité des Philippines, mais il fera certainement de son mieux, y compris pour assurer le confort de tous les représentants malgré le climat hivernal du Japon à cette époque. Si l'invitation est acceptée, il proposera que la session se tienne du mardi au mardi, afin d'y inclure un week-end.

Le PRESIDENT remercie le représentant du Japon pour son invitation et, prenant note de l'acceptation du Comité, demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié.

Le DIRECTEUR REGIONAL suggère que la quarante et unième session du Comité se tienne du 10 au 14 septembre 1990; le choix de ces dates tient compte des dates des sessions annuelles des six comités régionaux, afin qu'elles ne se chevauchent pas complètement, et permettent au Directeur général de participer à chacune d'entre elles au moins partiellement.

Néanmoins, si le Conseil exécutif décidait en janvier 1990 que le changement de dates des réunions des organes directeurs prendrait effet immédiatement et que la prochaine session du Comité régional doive se tenir au début de 1991, il propose l'une des deux options suivantes, compte tenu de la date du Nouvel An chinois (18 février): du 28 janvier au 1er février ou du 4 au 8 février. Dans les deux cas, la session s'ouvrira un lundi et se clôturera un vendredi.

Conformément à la résolution WPR/RC24.R10 qui stipule que les sessions du Comité ne se tiendront pas à l'extérieur de Manille deux années de suite, la quarante et unième session se tiendra au Bureau régional à Manille. A cet effet, il attire l'attention du Comité sur le fait que des consultations informelles sont en cours avec trois gouvernements qui souhaiteraient accueillir les prochaines sessions. Le Comité souhaitera peut-être examiner à sa prochaine session s'il désire maintenir les stipulations de la résolution WPR/RC24.R10 adoptée en 1973.



En réponse à la question posée par Mme Smail (Nouvelle-Zélande), il explique que les sessions se tiennent normalement du lundi au vendredi afin de réduire au minimum l'absence des représentants de leur pays. Néanmoins, lorsqu'un Etat Membre accueille le Comité, la session se tient généralement du mardi au lundi afin de permettre aux représentants de visiter certaines réalisations du pays en question.

Le PRESIDENT note que le Comité accepte que sa quarante et unième session se tienne du 10 au 14 septembre 1990, ou du 28 janvier au 1er février 1991 si les dates des sessions des organes directeurs sont modifiées.

3. **DECLARATIONS DES REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS DES NATIONS UNIES, DES AGENCES SPECIALISEES, DES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES ET NON GOUVERNEMENTALES EN RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS: Point 23 de l'ordre du jour**

A l'invitation du PRESIDENT, les organisations inter-gouvernementales et non gouvernementales suivantes ont fait une déclaration:

Commission du Pacifique sud,  
Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes,  
Conseil oecuménique des Eglises - Commission médicale chrétienne,  
Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine,  
Union internationale des sciences de la nutrition,  
Conseil international des sociétés de pathologie.

Le PRESIDENT accuse réception des déclarations écrites reçues pour circulation parmi les Etats Membres des organisations suivantes:

Fonds des Nations Unies pour l'enfance,  
Fonds des Nations Unies pour la population,  
Organisation mondiale contre la cécité et Helen Keller  
International, SA,  
Société internationale pour l'étude des brûlures,  
Fédération dentaire internationale,  
Association internationale pour la santé de la mère et du  
nouveau-né,  
Association internationale de pédiatrie,  
Fédération internationale pour le planning familial,  
Conseil international des femmes.

Le DIRECTEUR REGIONAL suggère que le Comité se réunisse en privé pour aborder la question qui n'a pas pu être résolue lors de la réunion informelle du jeudi 21 septembre.

Il en est ainsi décidé.

La réunion est suspendue à 10h00 et reprend à 11h00.

#### 4. EXAMEN DES PROJETS DE RESOLUTION (reprise)

Le Comité examine le projet de résolution suivant:

##### 4.1 Quarante et unième et quarante-deuxième sessions du Comité Régional (Document WPR/RC40/Conf. Paper No. 14)

Décision: Le projet de résolution est adopté (voir résolution WPR/RC40.R16).

#### 5. MOTION DE REMERCIEMENT

Le Dr ABDULLAH (Malaisie), soutenu par le Dr VAREA (Fidji), propose un projet de motion de remerciement.

Décision: Le projet de motion est adopté (voir résolution WPR/RC40.R17).

#### 6. CLOTURE DE LA SESSION: Point 24 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR REGIONAL offre au Président un marteau de présidence en commémoration de sa présidence de la quarantième session du Comité régional.

Le PRÉSIDENT remercie le Directeur général pour son cadeau.

Conformément aux procédures adoptées par le Comité régional en 1981, le projet de rapport sera renvoyé aux représentants pour approbation.

Son pays, son département et lui-même ont vivement apprécié l'excellente collaboration établie avec le Directeur régional et son personnel au cours des préparatifs de la session, témoin de l'amitié indéfectible et de la collaboration continue entre les Etats Membres et le Bureau régional. Il exprime également son appréciation au Vice-président et aux Rapporteurs pour leur travail au cours de la session et à toutes les personnes concernées au Département philippin de la santé et dans les autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pour leur travail au cours de la préparation du Comité et pendant la session elle-même. Il souhaite remercier en particulier les représentants, sans lesquels la session n'aurait pas été aussi productive.

Il se remémorera beaucoup de choses de cette quarantième session et il prendra grand soin du marteau qu'il a reçu. Si cette session s'est avérée aussi plaisante, productive et prometteuse, c'est que les participants ont permis qu'il en soit ainsi. La présidence n'est qu'un miroir reflétant les idées, les désirs et les aspirations, de même que les certitudes et les doutes des participants. Mais le rôle du Président est aussi d'essayer d'éclairer les zones d'ombre, de repousser les limites et de s'aventurer hors des sentiers battus et de rechercher des aires de consensus.

Il fait sienne la philosophie selon laquelle la fin du XXe siècle et le XXIe siècle seront "le siècle du Pacifique", plaçant la Région OMS du Pacifique occidental dans une position unique. La Région présente une grande variété de situations et cette diversité est en elle-même très prometteuse. Il y va de la responsabilité des Etats Membres de remplir cette promesse et pour cela, tous les Etats Membres de la Région devront faire en sorte de maintenir leur solidarité. Néanmoins, une telle solidarité n'est pas automatique; elle doit être cultivée avec grand soin.

---

Dans l'exercice de ses responsabilités, il s'est montré confiant dans la bonne volonté et le respect communs des Etats Membres, de sorte que même lorsqu'il y avait débat - comme ce fut le cas - celui-ci n'a fait que renforcer cette solidarité.

D'un point de vue technique, il restera Président du Comité régional jusqu'au début de la quarante et unième session et, en tant que tel, il espère maintenir le contact avec les représentants au cours de l'année. Comme il l'a dit dans son allocution d'ouverture, la solidarité ne se bâtit pas seulement au cours des sessions annuelles du Comité régional.

En tant que neurologue, il voudrait rappeler aux membres que chaque être humain a une partie de son cerveau appelée lobe temporal, où les expériences de la vie sont emmagasinées et duquel les souvenirs peuvent être évoqués. S'il venait à manquer d'assurance ou s'il avait besoin d'un appui au cours de l'année à venir, alors il fouillerait dans ses souvenirs de cette session et en retirerait toute la force nécessaire.

Le PRESIDENT déclare clôturée la quarantième session du Comité régional.

La séance est levée à 11h20.