

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA TROISIEME SEANCE

New Town Hall, Civic Centre, Suva  
Jeudi 6 septembre 1984, à 9 heures

PRESIDENT: Dr T.M. Biumaiwai (Fidji)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Allocution du Président .....	82
2. Rapport du Directeur régional (suite) .....	82
3. Examen du projet de budget programme .....	86
3.1 Examen de l'exécution du budget en 1982-1983 .....	86
3.2 Projet de budget programme 1986-1987 .....	92

## 1. ALLOCUTION DU PRESIDENT: Point 5 de l'ordre du jour

Le PRESIDENT prend la parole devant le Comité (voir Annexe 1).

2. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL: Point 9 de l'ordre du jour  
(document WPR/RC35/4 Rev.1) (suite de la deuxième séance, section 2)Lutte contre la maladie (page 20)

Le Dr THONG (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) a exprimé sa satisfaction quant à la collaboration de l'OMS aux activités antipaludiques à Hong Kong, jadis zone endémique. A la fin des années 1940, la morbidité annuelle moyenne se situait entre 1000 et 2000 cas et le nombre de décès oscillait annuellement entre 100 et 800. Le paludisme devint une maladie à déclaration obligatoire dans les années 1950: c'est alors que le nombre de cas signalés diminua pour se stabiliser à une moyenne de 500 par an; cette diminution se poursuivit pour atteindre une moyenne de 20 cas par an en 1975. Le nombre de décès quant à lui est passé de 89 en 1950 à zéro en 1957.

La disparition de la transmission du paludisme est attribuée essentiellement à l'élimination des gîtes de reproduction par l'urbanisation rapide et la pollution. Cependant, quelques districts à faible densité de population continuèrent à constituer un habitat naturel favorable à la reproduction des vecteurs. De 1978 à 1983, deux décès ont été enregistrés et une moyenne de 50 cas ont été signalés annuellement, pour la plupart importés par des voyageurs ou des réfugiés, essentiellement en provenance de l'Asie du Sud-Est.

La situation de Hong Kong, en tant que centre de commerce international et connaissant par conséquent des mouvements de population importants la rend hautement vulnérable à l'importation du paludisme à partir des pays voisins. De plus, la situation épidémiologique existante, associée à des considérations économiques, sociales et politiques rend illusoire le contrôle ou la mise en quarantaine des cas importés. L'accroissement du nombre de cas de paludisme importés ces dernières années a entraîné des flambées locales, par exemple dans les Nouveaux Territoires, où 19 cas ont été signalés à la fin de 1983. Au total, 125 cas ont été signalés en 1983, dont 30 indigènes. Répondant à une demande du Gouvernement, l'OMS a rapidement mis à la disposition du Territoire des équipes de paludologues et d'entomologistes capables d'entreprendre des enquêtes épidémiologiques et de conseiller sur les remèdes à apporter. Un parasitologue a aussi été chargé d'y organiser un cours sur les techniques de diagnostic en laboratoire. Pour Hong Kong, le meilleur moyen d'empêcher l'exportation du paludisme endémique est une détection précoce et un traitement immédiat des cas, associés avec des mesures de lutte antivectorielle ponctuelles et des activités antipaludiques de routine dans les zones abritant des gîtes de reproduction, actifs ou potentiels.

Tous les départements gouvernementaux concernés ont coordonné leurs efforts pour rendre efficace la lutte contre cette maladie. Une importance considérable a été accordée à la formation, ce qui doit améliorer les compétences des paludologues, quelque peu émoussées au fil des années où la maladie ne s'était pratiquement plus manifestée. On envisage actuellement la formation du personnel de santé sur tous les aspects de l'épidémiologie du paludisme et de la lutte contre cette maladie. Heureusement, le principal parasite du paludisme, Plasmodium vivax, est encore sensible à la

chloroquine contrairement à P. falciparum, espèce prévalente dans certaines autres régions. Le Dr Thong demande alors au Secrétariat de lui communiquer les informations les plus récentes sur le traitement du paludisme.

Le Dr BAVADRA (Fidji) indique que même si le paludisme n'est pas endémique dans son pays, la menace est constante de voir introduire le vecteur et, par conséquent, son Gouvernement suit de près la situation dans les pays voisins tels que Vanuatu, les Iles Salomon et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, et il est prêt à les aider pour l'application de mesures de lutte. Grâce à son expérience aux Iles Salomon au début des années 1970, il est convaincu que l'approche en fonction des soins de santé primaires, fondée sur la participation communautaire, est particulièrement adéquate pour la lutte antipaludique en zone rurale. Il conviendrait par conséquent d'envisager de renforcer les soins de santé primaires dans la Région, ce qui aiderait les pays mentionnés plus haut à maîtriser la situation. Son pays est prêt à leur apporter son appui à cet égard.

Le Dr ACOSTA (Philippines) pense que l'OMS devrait apporter des éclaircissements en ce qui concerne la vaccination par le BCG pour la prévention de la tuberculose. Les résultats de l'étude entreprise en Inde de l'efficacité du BCG ont semé le doute sur sa valeur chez les responsables des politiques: l'OMS devrait essayer de le dissiper.

Le Dr PAIK (Chef de la promotion et du développement de la recherche), répondant au représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, signale que bien que l'éradication mondiale du paludisme ne soit pas envisageable dans un avenir proche, divers outils nouveaux sont actuellement mis au point par le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales; ils pourraient ouvrir la voie à une amélioration de la lutte contre cette maladie. Parmi ces outils se trouvent les vaccins. Les progrès récents de la recherche ont conduit à la mise au point de plusieurs vaccins potentiels dont certains seront l'objet de tests préliminaires dans les quelques prochaines années. Les antigènes protecteurs de plusieurs espèces de plasmodiums ont été identifiés et analysés. Leur production par l'ingénierie génétique et la synthèse de polypeptides est à l'étude. A en croire les progrès récents, la recherche sur les vaccins antipaludiques devrait passer de la recherche fondamentale en laboratoire à la production pilote de ces vaccins et à leur mise à l'épreuve du point de vue de l'inocuité. Le vaccin le plus utile pourrait résulter d'une combinaison d'antigènes de parasites aux divers stades de leur cycle biologique.

Le Dr Paik indique au représentant du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord que les principaux médicaments à utiliser contre les souches de P. falciparum pharmaco-résistantes sont le Fansidar et le Meloprim. On peut s'attendre à ce que l'utilisation de la méfloquine soit bientôt autorisée mais uniquement pour lutter contre les souches de P. falciparum chloroquino-résistantes. L'utiliser sur une plus grande échelle ferait courir le risque de voir se développer des souches résistantes. Le Qinghaosu est actuellement à l'essai en Chine; les souches de P. falciparum et de P. vivax chloroquino-résistantes se sont révélées sensibles à cet antipaludique. Les études ont également montré sa valeur potentielle pour le traitement du paludisme cérébral. Le Quinghaosu est actuellement utilisé en Chine à titre d'essai, mais n'est pas encore disponible pour les programmes de lutte antipaludique d'autres pays.

Le Dr GOH KEE TAI (Singapour) a appris qu'une firme pharmaceutique est sur le point de commercialiser de la méfloquine combinée à d'autres

médicaments tels que la pyriméthamine et la sulfadoxine. Puisque des études in vitro entreprises en Thaïlande ont montré une résistance du paludisme à falciparum à la méfloquine, le Dr Goh Kee Tai demande comment l'OMS contrôlera l'utilisation de ce médicament pour éviter que n'apparaissent des souches méfloquino-résistantes.

Le Dr PAIK (Chef de la promotion et du développement de la recherche) indique, pour répondre au Dr Goh Kee Tai, que la méfloquine ne devrait pas être utilisée seule ou pour le traitement de cas ordinaires de paludisme; elle devrait être utilisée exclusivement pour le traitement du paludisme à falciparum chloroquino-résistant. Des études ont montré que son utilisation en combinaison avec d'autres médicaments, par exemple des sulfamidés, pourrait retarder l'induction de cette résistance.

Le Dr DANG HOI XUAN (Viet Nam) aimerait que l'OMS indique le schéma chimiothérapeutique le plus efficace pour lutter contre le paludisme pernicieux provoqué par P. falciparum.

Le Dr PAIK (Chef de la promotion et du développement de la recherche) répond qu'une association de quinine et de tétracycline pendant 5 jours est utilisée avec succès dans certains pays de la péninsule indochinoise pour le traitement du paludisme pernicieux. A la demande du Gouvernement du Viet Nam, l'OMS s'emploie à trouver un consultant qui mettrait au point des directives pour la prise en charge des cas graves de paludisme clinique.

#### Appui au plan de l'information sanitaire (page 26)

Il n'y a pas d'observations.

#### Services d'appui (page 27)

Il n'y a pas d'observations.

#### Coordination extérieure pour le développement sanitaire et social (page 27)

Il n'y a pas d'observations.

#### Comité régional (page 28)

Il n'y a pas d'observations.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie le Comité pour les commentaires qu'il a formulés sur son rapport - auquel tant de gens ont travaillé dans un esprit de collaboration.

Les représentants de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des Etats-Unis d'Amérique ont suggéré que le rapport soit fondé sur une évaluation des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous. Une telle approche est certainement souhaitable, mais il s'agit ici d'un rapport annuel succinct portant sur deux programmes généraux de travail, la période de juillet à décembre 1983 étant couverte par le sixième programme général de travail et celle de janvier à juin 1984 par le septième; on a donc eu quelques difficultés à amalgamer le tout. De plus, les six premiers mois étaient couverts par le budget 1982-1983, qui ne comprenait pas les indicateurs cibles, alors que les six derniers mois étaient couverts par le budget 1984-1985, où figuraient ces indicateurs. On tâchera à l'avenir d'améliorer la présentation. Les

premiers rapports sur l'évaluation de la stratégie de la santé pour tous, qui seront examinés plus tard, doivent parvenir au Bureau régional en mars 1985 et se retrouveront dans le prochain rapport biennal, qui couvrira la période allant jusqu'à juin 1985. Il faut espérer que tous les pays soumettront leur rapport en temps utile, c'est-à-dire en mars 1985 au plus tard. Tout changement dans la présentation du rapport doit faire bien entendu l'objet d'une discussion au niveau mondial et non pas seulement régional. Il faudra donc soulever cette question au plan mondial.

En ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, des études sont en cours sur l'hypertension, l'attaque d'apoplexie, les maladies rhumatismales et les cardiopathies ischémiques; en particulier, des enquêtes épidémiologiques sont actuellement menées dans le Pacifique Sud avec l'appui de la Commission du Pacifique sud et du Gouvernement australien.

En ce qui concerne le paludisme, le Qinghaosu - mis au point grâce à une collaboration entre la Chine et le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales - s'est révélé particulièrement efficace contre le paludisme cérébral mais il faudra encore quelques années avant qu'on puisse l'utiliser couramment.

Pour répondre au représentant de Singapour, le Directeur régional indique que l'OMS a déjà mis en garde contre un mauvais usage de la méfloquine. Les essais de l'OMS ont été strictement contrôlés et les pays devraient suivre de très près les directives de l'Organisation.

Se reportant à ce qu'a dit le Dr Paik, le Directeur régional précise que d'après des études spécialisées, le meilleur traitement type du paludisme perniciosus au Viet Nam est probablement l'association de sulfate de quinine et de tétracycline. Le Fansidar devrait être utilisé dans certaines régions alors que, dans d'autres, des études complémentaires sont nécessaires en particulier sur le Qinghaosu.

Le représentant des Etats-Unis d'Amérique a mentionné le tabagisme. Il est prévu d'entreprendre non seulement des campagnes antitabac mais aussi des études sur la pollution à l'intérieur des bâtiments, problème qui, contrairement à la pollution extérieure, semble s'aggraver si l'on en juge par l'augmentation du nombre de cas de cancer du poumon dans certains pays d'Asie. On peut espérer que de nombreux Etats Membres collaboreront aux études et appuieront l'action visant à interdire l'usage du tabac dans les avions.

Pour ce qui est du développement de systèmes d'information pour la santé auquel le représentant de la Chine, notamment, a fait allusion, le Directeur régional précise que des difficultés ont été rencontrées dans la mise au point des logiciels mais que les études progressent assez rapidement. On insistera aussi sur l'amélioration des systèmes de communication. La collaboration des Etats-Unis d'Amérique et l'utilisation du satellite stationné au-dessus des Iles Salomon seront sans doute d'une aide considérable à cet égard, et il faut espérer que d'autres activités de collaboration analogues verront le jour.

En matière de développement des personnels de santé, le Directeur régional est reconnaissant des offres faites par le représentant de la France et par d'autres et il souligne l'importance de la collaboration internationale en ce domaine.

Le Directeur régional a pris bonne note des remarques du représentant de la République de Corée relatives à la santé bucco-dentaire et à la nutrition.

Quant à la médecine traditionnelle, des faits très importants sont intervenus dans le domaine de l'acupuncture. Cependant, il est indispensable que l'OMS collabore avec des organisations non gouvernementales à ce sujet et la récente création d'une Fédération mondiale de l'acupuncture est un événement des plus heureux.

Le représentant des Philippines a soulevé la question de la vaccination par le BCG. La résolution WPR/RC32.R16 apporte là une réponse claire. La politique de l'OMS est que la vaccination par le BCG doit être pratiquée dans les pays où le taux d'infection est supérieur à 0,5% parmi les enfants. La chimioprophylaxie à l'échelle d'un pays tout entier est trop coûteuse et favorise l'apparition d'une résistance aux médicaments, de sorte que l'utilité du médicament contre la maladie s'en trouve diminuée.

Le Dr PAIK (Chef de la promotion et du développement de la recherche) dit que deux mesures ont été prises pour faire face à l'éventualité d'une résistance à la méfloquine: premièrement, des traitements associant la méfloquine et d'autres antipaludiques sont en cours de mise au point et une formule pharmaceutique de méfloquine avec de la sulfadoxine et de la pyriméthamine devrait être disponible très bientôt; deuxièmement, l'OMS conseille les pays quant à l'utilisation rationnelle de la méfloquine et de traitements combinés à base de méfloquine, les mettant en garde contre une utilisation abusive qui pourrait conduire au développement d'une résistance.

En l'absence de tout autre commentaire sur le rapport du Directeur régional, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié. (Pour l'examen du projet de résolution, voir le compte rendu analytique de la septième séance, section 1.1).

### 3. EXAMEN DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME: Point 8 de l'ordre du jour

#### 3.1 Examen de l'exécution du budget en 1982-1983: Point 8.1 de l'ordre du jour (document WPR/RC35/2)

Le DIRECTEUR REGIONAL, présentant l'examen de l'exécution du budget en 1982-1983, indique que l'information contenue dans le document WPR/RC35/2 se réfère à la classification des programmes figurant dans le sixième programme général de travail, dont 1982-1983 est la dernière période biennale. Les chiffres mentionnés dans la deuxième colonne de l'Annexe 1 correspondent aux montants indiqués au Comité régional à sa trente et unième session en 1980, et à un montant additionnel de US\$753 500 attribué ultérieurement par le Directeur général, ce qui porte l'allocation totale pour le budget ordinaire à US\$39 522 500 pour 1982-1983.

Le taux d'exécution du budget programme en 1982-1983 a été de 99,99%. Dans le montant total d'exécution de US\$39 521 421 sont reprises des activités pour un montant total de US\$775 258 qui avaient été alloués à l'origine au Programme de développement du Directeur régional, mais qui, lors de la mise en application, ont été reclassés sous le programme au titre duquel les activités se sont déroulées, comme on peut le voir à l'Annexe 2.

En plus de l'allocation du budget ordinaire, des ressources extra-budgétaires pour un montant total de US\$19 287 850 ont été utilisées en 1982-1983. Ce montant dépasse largement celui qui figurait dans le projet de budget programme 1982-1983 tel qu'il avait été présenté au Comité régional, en raison du fait que davantage de ressources extrabudgétaires ont été libérées au cours de la période d'exécution.

Si on note des différences entre les prévisions du budget programme original et les chiffres d'exécution, en raison de changements apportés dans l'ordre des priorités accordées par les gouvernements, les programmes prioritaires sur lesquels le Comité régional s'était mis d'accord lorsqu'il avait examiné le projet de budget programme 1982-1983 sont restés les mêmes. Le développement des personnels de santé, la lutte contre les maladies transmissibles, le développement des services de santé et la promotion de la salubrité de l'environnement sont responsables de la plus grande partie de l'exécution du budget programme.

Le Dr SUNG-WOO LEE (République de Corée) indique que l'exécution du budget programme pour 1982-1983 semble bien équilibrée, mais il note que les allocations pour le Développement des services de santé (3.1), les Substances prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques (3.4), le Développement des personnels de santé (6.1) et l'Information pour la santé (7.1) n'ont pas été entièrement utilisées. Les sommes indiquées pour l'exécution des programmes relatifs à la Recherche sur les services de santé (3.1.6) et les Préparations pharmaceutiques et produits biologiques (3.4.2) sont sensiblement inférieures aux allocations prévues. Il demande comment le solde a été utilisé.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) indique que le document WPR/RC35/2 est utile en ceci qu'il souligne l'accent mis sur les diverses parties du budget, les augmentations et les diminutions. Les augmentations de presque US\$1 million pour la Lutte contre les maladies transmissibles (4.1) et de quelque US\$300 000 pour les Mesures d'assainissement de base (5.1.2) sont parfaitement compréhensibles, compte tenu des problèmes que connaît la Région. Il approuve également la diminution de quelque US\$400 000 pour la Promotion de la formation (6.1.2). Les Etats-Unis ont déjà exprimé quelques réticences sur le fait d'accorder la priorité au programme des bourses d'études. D'autre part, il s'interroge sur la diminution de quelque US\$200 000 pour les Préparations pharmaceutiques et produits biologiques (3.4.2) - domaine qui se voit accorder une attention sans cesse croissante à l'OMS. De la même manière, la diminution de quelque US\$150 000 pour les Statistiques sanitaires (7.1.1) est surprenante si l'on songe aux nombreux commentaires faits lors de la précédente session du Comité régional sur les difficultés que les pays rencontraient pour répondre aux questionnaires de l'OMS. Des améliorations dans ce domaine sont essentielles pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous.

La Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé, lors de son examen de l'exécution du budget 1982-1983, a appris que l'OMS n'a utilisé que 96,68% du montant total des allocations budgétaires. Cette proportion est habituelle pour les organisations importantes, dont on ne peut s'attendre à ce qu'elles exécutent leur budget à 100%. M. Boyer se dit par conséquent surpris que le Bureau régional ait été en mesure d'exécuter 99,99% des prévisions budgétaires et il se demande comment cela a pu être possible. Le Directeur régional a bien fait mention d'un montant de US\$753 000 alloués par le Directeur général pour la Région, il se demande si le Bureau régional

avait dépensé plus que les allocations qui lui avaient été accordées et s'il a dû être aidé par le Directeur général.

Le Dr TAPA (Tonga) exprime sa grande satisfaction pour le taux d'exécution globale de 99,99% et l'utilisation des fonds extrabudgétaires reçus. Il note avec plaisir l'augmentation du montant total des allocations d'un grand nombre de programmes (y compris celles provenant de sources autres que le budget ordinaire). Il est aussi satisfait du financement et de l'exécution du Programme de développement du Directeur régional. Il voudrait prier les donateurs de continuer à appuyer le budget programme de l'OMS, aidant ainsi les petits pays dont les ressources sont limitées.

Dr KITAGAWA (Japon) demande quelques explications sur les différences importantes entre les allocations budgétaires et les sommes effectivement utilisées pour certains programmes. Par exemple, les sommes utilisées pour le programme intitulé Technologie appropriée pour la santé (3.1.5) et pour le programme de Santé maternelle et infantile (3.2.1) dépassent de loin les allocations budgétaires, alors qu'une bonne proportion des sommes allouées à la Recherche sur les services de santé (3.1.6) et aux Autres maladies non transmissibles (4.2.4) n'ont pas été utilisées.

Le Dr KHALID (Malaisie) félicite le Directeur régional pour la bonne exécution du budget en 1982-1983. Il est d'avis que les différences qui existent entre les fonds alloués et les fonds effectivement dépensés dans les divers secteurs traduisent en fait la souplesse du budget. Chaque budget est préparé deux ou trois ans à l'avance et il est tout à fait possible que les priorités nationales évoluent pendant cette période. Cette souplesse est importante si l'on veut utiliser au mieux les ressources disponibles tout en continuant à promouvoir les soins de santé primaires.

Le Dr BARKER (Nouvelle-Zélande) constate que les fonds affectés au titre des Statistiques sanitaires (7.1.1) n'ont pas été entièrement utilisés. Selon le représentant des Etats-Unis d'Amérique, il semblerait que cela provienne d'une réduction des activités, mais ce n'est pas forcément le cas. Dans tous les pays, on cherche à obtenir le maximum de résultats au moindre coût. Le Dr Barker aimerait savoir pour quelle raison les fonds n'ont pas été entièrement utilisés et il estime qu'il serait utile en règle générale, que dans son analyse de l'état d'exécution du budget, le Secrétariat indique les secteurs où existent d'importantes différences entre les fonds alloués et les fonds effectivement utilisés en en précisant les raisons. Il se range donc à l'avis du représentant de la Malaisie à propos de la nécessité d'une certaine flexibilité dans l'exécution du budget afin de pouvoir faire face à toute éventualité au cours de l'exercice budgétaire.

Le Dr LIU XIRONG (Chine) considère qu'il est tout à fait remarquable que le budget ait été exécuté à 99,99%, grâce aux efforts conjugués de l'OMS et de ses Etats Membres. Il pense que la priorité accordée dans le budget à la Lutte contre les maladies transmissibles (4.1) et au Développement des services de santé (3.1) correspond aux besoins de la Région sur le plan sanitaire. En ce qui concerne les fonds extrabudgétaires, l'allocation d'environ 19 millions de dollars des Etats-Unis consentie par le PNUD et le FNUAP représente environ 50% du budget ordinaire. Le Dr Liu Xirong exprime sa reconnaissance à ces organismes ainsi qu'au Directeur régional et à son équipe pour les efforts qu'ils ont déployés afin de promouvoir cette coopération.



Le Dr Liu est d'accord avec les représentants de la Malaisie et de la Nouvelle-Zélande en ce qui concerne la nécessité d'une certaine souplesse dans la mise en oeuvre du budget programme. Il demande que davantage d'informations soient données sur l'exécution du secteur Planification du programme et activités générales (4.2.0).

M. LAVEA (Samoa) remercie le Directeur régional pour la clarté et la concision de son rapport sur le budget et souhaite des éclaircissements sur les changements intervenus dans les priorités nationales. Il remercie tous ceux qui ont accordé des fonds extrabudgétaires au titre de la Santé de la famille (3.2) et plus particulièrement au bénéfice de la Santé maternelle et infantile (3.2.1). Il pense qu'il faudrait s'attacher encore davantage à obtenir des fonds extrabudgétaires au titre de l'Education pour la santé (3.2.4) et se félicite de constater que d'importants fonds extrabudgétaires ont été affectés à la Lutte contre les maladies transmissibles (4.1).

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) indique, à propos de l'exécution générale du budget, que les grands programmes envisagés dans le budget programme ont été adoptés par le Comité deux ans avant que commence leur exécution. Quant à la programmation détaillée, elle n'a été effectuée qu'un an avant cette dernière. Comme on l'a fait remarquer au cours des débats, les priorités gouvernementales ont évolué entre temps et cette évolution transparait dans l'activité de coopération entre l'OMS et ses Etats Membres. Les chiffres qui se trouvent dans le document WPR/RC31/4 correspondent donc à la situation deux ans avant la mise en oeuvre des programmes en question. Dans l'intervalle, les coûts de fonctionnement ont changé et ce qui peut apparaître comme une augmentation ou une réduction importante ne correspond pas nécessairement à un écart réel par rapport aux prévisions budgétaires. Les fonds non utilisés dans certains secteurs du programme ont été bien entendu affectés à d'autres secteurs où les demandes ou les besoins des Etats impliquaient des dépenses supplémentaires.

S'il existe des lacunes dans la mise en oeuvre du budget programme approuvé par le Comité, on peut admettre que la responsabilité en incombe dans certains cas au Secrétariat mais parfois aussi aux Etats Membres.

L'accroissement apparent de 84% dans le taux d'utilisation des fonds alloués à la Technologie appropriée pour la santé (3.1.5) par rapport aux prévisions initiales, est très supérieur à la différence effective entre les prévisions de coûts de fonctionnement et les fonds effectivement utilisés. D'ailleurs, cet accroissement s'explique en partie par des dépenses supplémentaires en fournitures et en matériel, par des demandes de bourses d'études émanant des Etats Membres ainsi que par l'inflation.

En ce qui concerne la Recherche sur les services de santé (3.1.6), l'exécution n'a été réalisée qu'à concurrence de 21%. Cet état de choses résulte d'une part de l'incapacité dans laquelle s'est trouvé le Secrétariat de fournir à un pays le spécialiste scientifique qu'il avait réclamé - celui-ci s'étant désisté au dernier moment - et d'autre part, de la décision de ne pas remplacer un autre spécialiste qui avait démissionné d'un projet interpays et de faire exécuter de temps à autre son travail par des membres du personnel du Secrétariat.

En ce qui concerne la Santé maternelle et infantile (3.2.1), on s'est trouvé dans l'obligation, lors de la discussion du budget de fonctionnement de ce programme, de porter la prévision initiale à plus de US\$400 000, de

sorte que le taux d'exécution se monte effectivement à 100% et correspond à la priorité accordée par les Etats à ce secteur du programme.

Au titre des Préparations pharmaceutiques et produits biologiques (3.4.2) on constate que les fonds effectivement utilisés sont inférieurs aux prévisions; cet état de choses s'explique par l'impossibilité de recruter un consultant pour un pays déterminé et par le fait qu'un certain nombre de bourses d'études qui avaient été proposées n'ont pas été utilisées.

En ce qui concerne le secteur Planification du programme et activités générales (4.2.0) qui figure dans le grand programme Lutte contre les maladies non transmissibles (4.2), le passage de US\$129 800 à zéro s'explique par la décision de transformer le poste de Conseiller régional pour les maladies cardio-vasculaires au Bureau régional en un poste de projet interpays afin de permettre au titulaire de travailler en plus étroite collaboration avec les pays. La somme correspondante a donc été entièrement absorbée par le secteur Maladies cardio-vasculaires (4.2.2).

En ce qui concerne l'un des secteurs les plus importants du programme, à savoir la Promotion de la formation (6.1.2), le reliquat non utilisé qui s'élève à quelque US\$400 000, a plusieurs origines.

Par exemple, en ce qui concerne certaines des bourses d'études, les candidats ont échoué aux examens de connaissances linguistiques et il s'est révélé difficile de les remplacer. En outre, la durée des autres bourses a été ramenée de six à quatre mois, ce qui a entraîné une économie. Dans certains cas la formation a été assurée dans la Région même, d'où une économie supplémentaire. Par ailleurs, certaines autres bourses ayant été imputées sur l'exercice précédent, leur coût n'apparaît pas dans le budget. En outre, un certain nombre de postes vacants n'ont pas été immédiatement pourvus, certaines réunions ont été financées sur des fonds extrabudgétaires et des consultants qu'il avait été envisagé de recruter n'ont finalement pas pu l'être.

Pour ce qui concerne les Statistiques sanitaires (7.1.1), la différence est due au fait qu'un certain nombre de consultants qu'il avait été envisagé de recruter ne l'ont pas été, que l'on n'a pas acheté certains équipements initialement prévus et enfin, que le Siège de Genève a assumé la responsabilité financière d'une des réunions.

En conclusion, le Dr Han assure le représentant de la Nouvelle-Zélande qu'à l'avenir, les différences importantes, positives ou négatives, entre les prévisions et l'exécution des programmes seront expliquées plus en détail.

M. UHDE (Directeur du programme d'appui) répondant au représentant des Etats-Unis d'Amérique, précise que le taux d'exécution de 99,99% du budget programme pour la période 1982-1983 a pu être obtenu grâce à un contrôle budgétaire minutieux et avec le souci de mieux répondre aux besoins énormes de la Région. D'ailleurs, ce taux a été tout aussi élevé en 1980-1981. Ainsi, la Région du Pacifique occidental n'est guère responsable de la réduction du taux général d'exécution qui est passé à 96%. La somme de US\$753 500 à laquelle il a été fait allusion a été affectée par le Directeur général à des activités spécifiques telles que la recherche sur l'hépatite B et le développement des soins de santé primaires à Fidji, au Samoa et aux Iles Salomon; elle n'est pas destinée à couvrir un éventuel déficit budgétaire.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) estime qu'il serait bon que les autres Régions de l'OMS apprennent à contrôler leur budget programme d'aussi près que le Secrétariat.

Le Dr KHALID (Malaisie) se demande si les difficultés rencontrées pour pourvoir les postes dans la Région, du fait de l'évolution de l'ajustement de poste, n'ont pas un effet néfaste sur l'exécution des programmes et il aimerait savoir quelles mesures sont prises pour y remédier.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que la situation se détériore indiscutablement. La politique suivie jusqu'ici a consisté à déployer le personnel interpays aux Philippines où le coût de la vie est assez raisonnable, mais les réductions récemment intervenues dans les ajustements de poste, qui affectent une part importante du salaire, ont fait que le revenu global du personnel de la catégorie professionnelle est tombé très en-dessous de celui des fonctionnaires nationaux occupant des postes comparables. Il en est résulté des difficultés dans le recrutement du personnel international. D'un côté, il n'y a pas assez de candidats originaires de pays hautement développés ou payant d'importantes contributions et qui figurent sur la liste autorisée, mais d'un autre côté, dans les pays en développement, surtout les moins avancés, le recrutement par l'OMS, ne serait-ce que d'un seul des rares spécialistes de niveau professionnel qui existent, pourrait mettre sérieusement en danger un système de santé déjà fragile. Le personnel du Bureau régional sacrifie d'ailleurs une partie de ses congés annuels pour tenter de remédier à cette situation.

Le DIRECTEUR GENERAL souligne que l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif s'efforcent depuis de nombreuses années de trouver la meilleure façon de mobiliser les ressources humaines au service des Etats Membres. Il indique que les difficultés actuelles avaient été en grande partie prévues et il s'efforce d'ailleurs, depuis quelque temps, d'encourager l'affectation pour de courtes périodes de membres permanents du personnel de l'OMS ou de consultants auprès des Etats Membres, afin de les assister dans la mise en oeuvre de leurs politiques sanitaires. En général, les pays n'ont pas besoin de la présence permanente d'un spécialiste de tel ou tel domaine pendant deux ou trois ans mais seulement pendant des périodes d'un à deux mois. La Région a été bien inspirée en utilisant ainsi les ressources pour les activités interpays. Cette formule est efficace et doit être développée. Une autre formule, tout aussi économique, consiste à faire davantage appel aux compétences que l'on trouve de plus en plus dans certains pays de la Région. Moyennant une contribution modeste de l'OMS, peut-être sous forme d'allocations ou d'indemnités journalières modiques, l'Organisation pourrait confier certaines tâches à des experts nationaux.

Dans l'avenir prévisible, l'OMS aura encore besoin de spécialistes les plus qualifiés dans le domaine de la santé, que ce soit à Genève ou dans les régions. Il importe que les Etats Membres se rendent compte qu'il y a incompatibilité entre cette exigence et le fait d'imposer des critères rigides de répartition géographique.

Si l'OMS a mieux réussi que certains autres organismes, c'est précisément parce qu'elle a toujours fait passer la compétence avant la répartition géographique. L'OMS est un organisme hautement spécialisé qui ne peut se maintenir que par sa compétence, et l'on ne peut attendre d'elle qu'elle se soumette aux décisions politiques prises par les ministres des affaires étrangères à l'Assemblée générale des Nations Unies. Le Directeur

général s'efforce, en tant que tel, d'assurer la répartition géographique la plus large possible, mais il s'oppose à l'idée selon laquelle l'effectif du personnel originaire d'un pays déterminé devrait correspondre à la contribution de ce pays au budget ordinaire. Il prie instamment les Etats Membres de la Région d'user de leur influence au sein de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif pour que ceux-ci lui laissent suffisamment de latitude dans la sélection du personnel.

En outre, si certains pays continuent à favoriser la médecine classique, en contradiction totale avec les orientations sur lesquelles ils se sont eux-mêmes entendus au sein de l'OMS, leurs personnels ne seront plus en mesure de travailler à l'OMS. En revanche, ceux qui viennent de pays où l'on s'efforce sérieusement de mettre en oeuvre les grandes orientations de l'OMS conviendront forcément mieux à l'Organisation.

Pour maintenir la compétence de l'Organisation, il est également nécessaire que celle-ci se procure des ressources supplémentaires pour assurer la formation permanente de son personnel. Les pays se rendent compte de la nécessité d'assurer une telle formation à leur propre personnel et ils doivent comprendre que cela est vrai aussi au niveau international. Dans tous les domaines l'évolution est incessante et les personnels les plus qualifiés doivent tenir leurs connaissances à jour et être prêts à assumer d'autres responsabilités.

Certes, la qualité des experts qui travaillent au sein des programmes de recherche de l'OMS est très élevée, mais partout, on note une grave pénurie de "généralistes de la santé", c'est-à-dire de personnes capables de comprendre les grandes options sanitaires, de réfléchir en termes d'épidémiologie, et de faire passer cette réflexion épidémiologique dans la gestion. C'est pourquoi l'OMS déploie de grands efforts pour convaincre les Etats Membres de l'importance que revêt la gestion. Au cours des dernières années, tous les Comités régionaux ont accordé la priorité à la recherche sur les systèmes de santé mais jusqu'ici les résultats ont été désastreux ou peu s'en faut; pratiquement tous les systèmes de soins souffrent d'une mauvaise gestion.

Pour conclure, le Dr Mahler exprime sa confiance dans le système de gestion par exception. Dans les cas où les experts réclamés par les Etats Membres ne pourraient pas être fournis du fait d'une adhésion trop stricte aux quotas de recrutement recommandés, il n'hésitera pas à faire des exceptions même s'il encourt la critique des organes directeurs de l'Organisation, car il estime que c'est le seul moyen de maintenir la compétence et l'efficacité de l'OMS.

### 3.2 Projet de budget programme 1986-1987: Point 8.2 de l'ordre du jour (documents WPR/RC35/3 et WPR/RC35/INF DOC/3)

Le DIRECTEUR REGIONAL, en présentant le projet de budget programme pour l'exercice 1986-1987, précise au Comité que l'exécution du budget programme pour la période biennale en cours, c'est-à-dire 1984-1985, s'effectue conformément au calendrier prévu. Malgré un certain nombre de réaffectations de ressources entre les différents programmes, qui avaient été nécessitées par les demandes des Etats, les changements ont été peu nombreux et les ressources continuent d'être affectées en majorité aux programmes qui sont d'une importance fondamentale pour l'objectif de la santé pour tous.

Le projet de budget programme pour l'exercice 1986-1987 reflète la tendance vers la réorientation des programmes en vue de la réalisation de la santé pour tous.

Après avoir présenté un bref aperçu du contenu du budget programme qui figure dans le document WPR/RC35/3, le Directeur régional attire l'attention sur certains points importants ainsi que sur certains des principes de budgétisation et de financement qui ont guidé sa préparation.

L'exercice 1986-1987 est le deuxième qui entre dans le cadre du septième programme général de travail, lequel est également le premier des trois programmes généraux de travail à prévoir la fourniture aux Etats Membres d'un appui en vue de mettre en oeuvre leur stratégie pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Préparé en consultation étroite avec les Etats Membres de la Région, le projet de budget programme englobe des activités recensées par les pays eux-mêmes et qui correspondent à leurs besoins et aux priorités qu'ils se sont fixées pour atteindre l'objectif de la santé pour tous.

La proportion la plus importante (45,8%) du budget ordinaire est affectée à une vaste catégorie de programmes classés sous le titre Infrastructure des systèmes de santé, conformément au but du septième programme général de travail, à savoir la Promotion et le renforcement de systèmes de santé complets reposant sur les soins de santé primaires.

En accord avec la réorientation des programmes en vue de l'instauration de la santé pour tous, les Personnels de santé continuent à absorber la proportion la plus importante des ressources (19,1%), 89% des fonds allant directement aux pays. Cela correspond au fait que les pays de la Région estiment prioritaire de préparer les personnels de santé à faire face aux besoins des systèmes de santé. La Lutte contre la maladie vient au second rang par ordre d'importance (15,9%), suivie par le Développement des systèmes de santé (12,6%) et l'Organisation de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (11,9%).

Au cours de la période 1986-1987, la collaboration de l'OMS s'effectuera essentiellement au travers des programmes par pays. En outre, si un programme interpays a été maintenu, c'est qu'en raison du caractère hétérogène de la Région, un tel programme constitue un moyen plus efficace et plus économique d'assurer la coopération.

Comme premier exemple de secteur spécifique où l'activité de coopération sera concentrée au cours de la période biennale à venir, le Directeur régional cite le renforcement de la capacité nationale à définir les problèmes de santé prioritaires et à élaborer, puis à mettre en oeuvre les mesures nécessaires à leur solution sur la base d'un bon système d'information. L'effort en vue de trouver un moyen efficace et rentable d'assurer les soins de santé en constitue un second exemple. Pour y parvenir, il importe de se préoccuper du renforcement de la composante planification des personnels de santé du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national et de prendre des mesures en vue d'améliorer la coordination entre les producteurs et les utilisateurs de personnels de santé, ainsi que d'améliorer les politiques et systèmes nationaux permettant d'assurer le déploiement et l'utilisation de ces personnels dans des conditions optimales. On peut encore trouver un autre exemple de ce genre dans le soutien permanent accordé à la Décennie

internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Le Directeur régional rappelle à cet égard que 1986 marquera la deuxième moitié de cette Décennie et il précise que pour améliorer l'assainissement de base des efforts seront consentis dans certains domaines tels que la formation du personnel à tous les niveaux et l'amélioration de la capacité des collectivités à faire fonctionner et à entretenir elles-mêmes leurs systèmes d'assainissement. D'ailleurs, le Comité va se pencher dans la suite de cette session sur le problème de l'hépatite B qui constitue un sujet majeur de préoccupation dans la Région du Pacifique occidental, où il y a plus de 100 millions de porteurs du virus.

Dans certains pays de la Région, les pratiques médicales traditionnelles font partie du système national de santé et l'on reconnaît de plus en plus le rôle qu'elles peuvent jouer au niveau des soins de santé primaires. Des efforts seront faits pour intégrer ces pratiques au système général de santé. Après la publication, au début de 1984, de la Standard Acupuncture Nomenclature, d'autres travaux seront effectués sur la normalisation de cette nomenclature et en vue de renforcer les activités de formation.

Au sujet de la présentation du projet de budget programme pour l'exercice 1986-1987, le Directeur régional indique que la somme initialement allouée à titre provisoire par le Directeur général se montait à US\$54 748 000 dont US\$28 362 000 pour les pays et US\$26 386 000 pour le Bureau régional et les activités interpays. Toutefois, au moment où l'on mettait la dernière touche au projet qui devait être soumis au Comité régional, le taux de change du peso philippin est passé de 7,95 pesos pour 1 dollar des Etats-Unis (taux retenu lors de la préparation du budget programme pour l'exercice 1986-1987) à 14 pesos pour 1 dollar des Etats-Unis et il a atteint depuis 18 pesos pour 1 dollar des Etats-Unis. Après calcul des économies réalisées sur les dépenses grâce au nouveau taux de change du peso philippin, l'allocation pour l'exercice 1986-1987 a été réduite de US\$3 460 500 d'où il résulte que l'allocation provisoire actuelle s'élève à US\$51 287 500. Sur cette somme, l'allocation destinée aux pays sera toujours de US\$28 362 000 tandis que US\$22 925 500 iront au Bureau régional et aux activités des programmes interpays. Le budget ordinaire a donc augmenté globalement de US\$5 162 500, soit 11,2% par rapport à 1984-1985 où il était de US\$46 125 000 et l'accroissement se décompose comme suit: (a) une augmentation en termes réels de US\$966 000, soit 2,1%; (b) un accroissement de US\$7 657 000, soit 16,6% résultant de l'augmentation réglementaire et de l'inflation; et enfin (c) une réduction due aux économies réalisées grâce à la modification des taux de change, qui se monte à US\$3 460 500, soit 7,5%.

Le Directeur régional souligne que l'accroissement imputable à l'augmentation réglementaire et à l'inflation, qui est de 16,6% sur deux ans, soit 8,3% par an, est faible par rapport aux projections des taux d'inflation annuels de nombre de pays en développement, lesquelles dépassent largement 30%. Avec une augmentation aussi modérée il pourrait se révéler nécessaire, si l'on veut rester dans les limites de l'allocation budgétaire de la Région d'absorber certains coûts lors de la mise en oeuvre des programmes en 1986-1987.

En ce qui concerne les activités au niveau des pays, l'allocation est de US\$28 362 000 pour 1986-1987 contre US\$24 137 100 pour 1984-1985, ce qui représente une augmentation de US\$4 224 900 soit 17,5% par rapport à l'exercice 1984-1985. Dans cet accroissement figurent (a) une augmentation

en termes réels de US\$966 000, soit 4%; et (b) un accroissement de US\$3 258 900, soit 13,5%, qui correspond à l'augmentation réglementaire et à l'inflation.

Le Directeur général pourrait cependant décider en fin de compte soit de réduire, soit de supprimer totalement cet accroissement de US\$966 000, ou 4% en termes réels, lors de la mise au point définitive du budget programme de l'Organisation pour l'exercice 1986-1987. Dans ces conditions, les allocations actuelles aux activités par pays sont provisoires et peuvent être réduites.

Une somme de US\$22 925 500 a été affectée au Bureau régional et aux activités de programmes interpays en 1986-1987 contre US\$21 987 900 en 1984-1985. Cet accroissement de US\$937 600, soit 4,3%, résulte de la différence entre l'accroissement de US\$4 398 100, soit 20%, imputable à l'augmentation réglementaire et à l'inflation, et les économies réalisées sur les taux de change qui se montent à US\$3 460 500, soit 15,7%. Le Bureau régional et les activités de programmes interpays ne se sont vus accorder aucune augmentation en termes réels.

Il est difficile de prévoir avec précision les sources de financement autres que le budget ordinaire dont pourrait bénéficier la Région au cours de l'exercice 1986-1987. Toutefois, on a retenu à ce titre un montant estimatif de US\$5 094 000 pour l'exercice 1986-1987. Il faut espérer qu'à la suite des résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et qui appelaient à la mobilisation de tous les soutiens pour la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous, le niveau des contributions extrabudgétaires pour l'exercice à venir sera au moins égal à celui de l'exercice précédent. (Pour la suite de la discussion, voir le compte rendu analytique de la quatrième séance, section 1.1).

La séance est levée à midi.

## ALLOCUTION DU PRESIDENT

Mesdames et Messieurs les représentants au Comité régional,  
Monsieur le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé,  
Monsieur le Directeur du Bureau régional du Pacifique occidental, Mesdames  
et Messieurs les représentants des organisations non gouvernementales et  
des institutions spécialisées du système des Nations Unies,  
Mesdames et Messieurs les membres du Secrétariat de l'Organisation mondiale  
de la Santé,  
Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un très grand honneur, dont je tiens à remercier le Comité, d'avoir été élu Président de la trente-cinquième session du Comité régional du Pacifique occidental de l'OMS. Je suis parfaitement conscient du fait que mon élection est, d'une certaine manière, l'expression d'un voeu du Comité régional de rendre hommage à mon pays - Fidji. En réalité, c'est la première fois que je suis élu président d'une réunion internationale de ce genre. Si je ne peux vous certifier que la tâche que vous m'aviez confiée sera exécutée aussi bien qu'elle l'a été par les présidents précédents, je ferai cependant de mon mieux pour ne pas vous décevoir.

En tant que président nouvellement élu, je voudrais souhaiter la bienvenue et exprimer mes félicitations au nouveau Vice-Président son Excellence Monsieur Korisa, Ministre de la Santé du Vanuatu; au Rapporteur de langue anglaise le Dr Reilly, de Papouasie-Nouvelle-Guinée, et au Rapporteur de langue française le Professeur Vannareth, Vice-Ministre de la Santé de la République démocratique populaire lao. Je suis sûr que nous travaillerons en étroite collaboration et que nous ferons l'impossible pour nous acquitter de nos devoirs au mieux de nos possibilités.

Il n'est guère aisé de présider une réunion internationale comme ce Comité qui doit traiter de problèmes et de besoins variés et difficiles dans la Région. Cependant, je suis sûr qu'avec votre aimable coopération et avec votre compréhension, avec les conseils et l'appui du Directeur régional et de son personnel et avec la collaboration inestimable du Vice-Président et des Rapporteurs, il nous sera possible de mener à bien la tâche qui nous a été confiée.

Permettez-moi de rappeler ici quelques questions importantes discutées par le Comité lors de sa trente-quatrième session à Manille. Nous y avons observé la nécessité pour les Etats Membres d'envisager de nouvelles manières de promouvoir la participation des collectivités pour la prévention de l'abus des drogues, la nécessité de démontrer la possibilité de lutter contre les maladies cardio-vasculaires par le biais des soins de santé primaires et la préoccupation du Comité en ce qui concerne la persistance d'un taux de morbidité et d'un taux de mortalité précoce élevés pour les infections aiguës des voies respiratoires, qui restent une des causes principales de décès dans les pays industrialisés et en développement du monde entier.



Annexe 1

En outre, bien que nous ayons reconnu les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous et la tendance marquée à une intégration des services préventifs et curatifs ainsi qu'à la décentralisation, nous reconnaissons la nécessité de poursuivre et de renforcer les efforts consentis dans les pays pour promouvoir la coordination intersectorielle et la participation des communautés.

Nous avons également exprimé notre préoccupation quant aux réponses incorrectes apportées dans les rapports sur les progrès réalisés, soumis dans le cadre de l'évaluation, et nous avons prié les Etats Membres de continuer à développer et à améliorer leurs systèmes de surveillance continue et d'évaluation.

Parmi les autres sujets discutés, on pouvait noter:

- (1) la coopération régionale dans la lutte antivectorielle;
- (2) le paludisme dans le cadre d'une diminution de l'efficacité des pulvérisations à effet rémanent;
- (3) notre préoccupation face à une augmentation de la résistance à la dapsoné dans le traitement de la lèpre;
- (4) la nutrition du nourrisson et du jeune enfant dans le cadre de la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel;
- (5) la fluoruration en tant que moyen de renforcement des programmes de prévention des maladies dentaires;
- (6) la reconnaissance qu'une eau de boisson saine et des services d'assainissement adéquats constituent des éléments-clés des soins de santé primaires qui permettront d'atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette année, notre ordre du jour est encore fort chargé. Parmi bien d'autres sujets importants, nous avons prévu une discussion sur le rôle des femmes à la fois en tant que bénéficiaires et pourvoyeuses de soins de santé. Il faut insister sur la nécessité d'accorder un plus haut degré de priorité à la santé des femmes. Cet objectif sera difficile à atteindre; non seulement en raison du fait que les femmes constituent la moitié de la population du monde, mais aussi parce que la santé des femmes affecte directement celle des enfants et de la famille toute entière.

Enfin, je voudrais rappeler que les Discussions techniques organisées en conjonction avec cette session porteront sur le thème "Malnutrition, croissance et développement". Tout en insistant sur l'importance de mettre au point des stratégies qui aideront les pays membres dans leurs efforts de juguler la malnutrition par les soins de santé primaires, je ne peux passer sous silence les progrès déjà obtenus par les Etats Membres dans la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et d'autres projets visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants de la Région.

Je me réjouis par avance des échanges de vue et d'expériences fructueux que nous ne manquerons pas d'avoir au cours de cette semaine et qui nous

tiendront informés des divers problèmes qui nous attendent, et dont certains peuvent avoir des implications sérieuses pour la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Je vous souhaite à présent plein succès dans vos délibérations.

Je vous remercie.