

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA DEUXIEME SEANCE

Salle de conférences de l'OMS, Manille
Mardi 9 septembre 1980, 14 h 30

PRESIDENT : M. J. Jaminan (Papouasie-Nouvelle-Guinée)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Examen du projet de budget programme pour 1982-1983 (suite)	120
1.1 Projet de budget programme pour 1982-1983 (suite)	120
1.2 Programme régional du PNUD pour l'Asie et le Pacifique, 1982-1986	131

1. EXAMEN DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME : Point 7 de l'ordre du jour (suite de la section 8 de la première séance)
- 1.1 Projet de budget programme pour 1982-1983 : Point 7.1 de l'ordre du jour (documents WPR/RC31/4 et WPR/RC31/4 Corr.1) (suite de la section 8.3 de la première séance)
 - 1.1.1 Résumé par grand programme et par niveau organique (pages 7-10)
 - 1.1.2 Budget ordinaire pour 1980-1981 et pour 1982-1983 par section de la résolution portant ouverture de crédits, avec indication des pourcentages (page 11)
- 1.1.3 Sources de fonds autres que le budget ordinaire : Résumé par grand programme et par programme (pages 12-16)

Il n'y a pas d'observation.

Le Dr KAWAGUCHI (Japon) rappelle qu'on a expliqué à propos du budget ordinaire que des fonds destinés à l'éducation pour la santé (3.2.4) étaient inclus en tant que composante des programmes nécessitant un élément d'éducation pour la santé, outre qu'ils figuraient sous le grand programme "santé de la famille", aussi pense-t-il que c'est également le cas du financement par le FNUAP indiqué à la page 15. Cependant l'affectation de crédits paraît assez limitée, à cette rubrique comme dans le budget ordinaire. Selon le Gouvernement japonais, un renforcement de la composante "éducation pour la santé" de chaque programme est essentiel pour l'approche soins de santé primaires dans l'optique de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il demande comment la composante en question sera intégrée.

M. DHILLON (Chef du Développement des ressources humaines) répond que si le total des affectations de crédits paraît avoir légèrement diminué, passant à un chiffre légèrement inférieur à US\$500 000, le montant pour l'activité en question reste substantiel si on tient compte de la composante incluse dans les divers programmes.

Il y aura une augmentation dans tous les pays, bien qu'un poste à plein temps en Papouasie-Nouvelle-Guinée pour lequel des crédits sont prévus en 1980-1981, ne soit pas maintenu pour la période 1982-1983. Dans ce pays, les activités sont renforcées grâce aux fonds fournis par la Fondation japonaise de l'industrie de la construction navale, et on y applique actuellement les recommandations figurant dans le rapport d'un consultant. Une étude de faisabilité a été menée en République démocratique populaire lao. Des activités sont également en cours en Malaisie et aux Philippines, ainsi que sur le plan régional, où elles bénéficient de fonds de la Banque mondiale.

Le Dr KHALID (Malaisie) demande pour quelle raison les soins de santé primaires (3.1.2) au titre du PNUD font l'objet d'une affectation de fonds si peu importante (page 13).

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) répète l'explication qu'il a déjà donnée au sujet des dates d'approbation des propositions par le PNUD, qui rendent impossible de faire figurer dans le document

budgétaire l'appui prévu du PNUD comme un engagement ferme. Toutefois, l'OMS a signalé au PNUD les priorités du programme de soins de santé primaires, dont on espère qu'elles seront approuvées.

1.1.4 Analyse des programmes

Comité régional (pages 19 et 20)

Direction générale (pages 21 et 22)

Développement d'ensemble des programmes (pages 23-27)

Il n'y a pas d'observation.

Programmation sanitaire par pays (pages 28-31)

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) demande si dans l'accroissement de plus de US\$1 million de 1980-1981 à 1982-1983 il est possible de distinguer les montants afférents d'une part aux activités du programme, d'autre part aux nouveaux postes de coordonnateurs des programmes OMS.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) explique qu'à part le coût de la création de deux nouveaux postes de coordonnateurs des programmes OMS et du soutien correspondant, on se propose de renforcer les activités de coordination concernant la programmation sanitaire par pays pour les soins de santé primaires.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) ajoute que l'augmentation permettra, compte tenu de l'accroissement des coûts, de porter à un niveau réaliste un chiffre qui précédemment était inadéquat.

Programme de systèmes d'information (pages 32-35)

Il n'y a pas d'observation.

Collaboration avec des programmes multilatéraux et bilatéraux (pages 36-38)

Le Dr ACOSTA (Philippines) note qu'il a été créé un poste de responsable des relations extérieures, mais qu'on n'a pas porté de chiffre correspondant dans la colonne 1980-1981 du tableau; il demande qu'on lui explique comment dans ces conditions les dépenses nécessaires en 1982-1983 peuvent être considérées comme représentant la totalité de l'augmentation des engagements de dépenses.

Le Dr HAN et le DIRECTEUR REGIONAL, expliquant la nature et le but de la création du nouveau poste et les dépenses qu'elle entraîne, ainsi que les coûts afférents au personnel d'appui, qui va dans un certain sens remplir les fonctions précédemment assumées par des personnels à plein temps ou à temps partiel dans le domaine de la gestion des programmes, précisent qu'il s'agit essentiellement de créer une communication directe pour stimuler la coopération avec des institutions telles que le FNUAP et les banques internationales de développement en vue d'une répartition plus efficace de ressources entre différentes zones du programme. M. DONALD (Directeur du programme d'appui) ajoute que la décision de désigner le fonctionnaire en question est postérieure à l'Assemblée de la Santé à laquelle le projet de budget programme pour 1980-1981 a été soumis de sorte que seuls les chiffres pour 1982-1983 sont indiqués dans le document WPR/RC31/4.

Promotion et développement de la recherche (pages 39-41)

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) rappelle qu'on a expliqué le matin au Comité régional qu'une composante "recherche" était comprise dans d'autres programmes particuliers. C'est à certains points de vue un avantage, car cela permet d'indiquer ensemble, par exemple, tous les montants consacrés aux activités antipaludiques; mais il serait également désirable d'indiquer ensemble tous les montants consacrés à la recherche. Le représentant du Japon a fait une observation analogue à propos de l'éducation pour la santé, et les bourses d'études représentent un autre cas dans lequel il est difficile de se faire une idée du coût total de ces composantes.

Le Dr PAIK (Chef du service de promotion et de développement de la recherche) précise que l'augmentation pour 1982-1983 sera en fait de US\$170 000 par rapport à 1980-1981; le chiffre initial de planification est en effet passé à US\$689 200. Il donne ensuite des détails sur les dépenses de recherche en 1979, qui ont été plus importantes que prévu, parce qu'à ce moment-là d'autres programmes comportaient déjà un volet recherche.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) insiste pour avoir des chiffres comparés sur la promotion et le développement de la recherche dans les différents secteurs de programme pour 1980-1981 et 1982-1983.

Le Dr PAIK s'engage à donner des précisions pour 1980-1981. On ne dispose pas encore de renseignements détaillés pour 1982-1983 (voir le document WPR/RC31/INF.DOC./4).

Développement des services de santé (pages 44-65)

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) s'étonne de constater, à la page 3 du document budgétaire, que les crédits prévus pour le développement des services de santé accusent une diminution de US\$371 700 - alors que ce secteur de programme comprend les soins de santé primaires et plusieurs autres activités importantes pour les soins de santé primaires. Ceci semble contraire à l'esprit de la résolution WHA32.30 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) indique que cette diminution s'explique en grande partie par une réduction des crédits prévus pour la planification et la gestion des services de santé à la suite d'une diminution des crédits affectés au développement des services de santé dans un certain nombre d'Etats Membres. Il y a augmentation des crédits pour les soins de santé primaires, pour la santé des travailleurs, ainsi que pour les soins aux personnes âgées, la prévention des incapacités et la réadaptation. En revanche, les crédits prévus pour la technologie appropriée pour la santé accusent une nette diminution, car les Etats Membres n'ont pas demandé le maintien des postes de conseillers pour les services de laboratoire de santé ou des services consultatifs en médecine radiologique. Il semble que les Etats Membres aient maintenant leurs propres capacités nationales - ce qui est une tendance très encourageante.

Le DIRECTEUR REGIONAL pense que, puisque les Etats-Unis d'Amérique comptent parmi les pays autorisés à désigner un membre au Conseil exécutif, le représentant de ce pays n'ignore sans doute pas que le Conseil s'est penché, à plusieurs reprises, sur les difficultés qu'il y a à cerner les divers programmes relatifs aux soins de santé primaires si l'on applique au budget la structure du sixième programme général de travail. Bien des composantes des soins de santé primaires sont en fait réparties à travers tout le budget. La question de savoir comment identifier en tant que programme les activités de soins de santé primaires sera examinée lors du débat sur l'élaboration des stratégies d'instauration de la santé pour tous et sur le septième programme général de travail.

Planification et gestion des services de santé (pages 46-48)

Il n'y a pas d'observation.

Soins de santé primaires (pages 49-52)

Le Dr KHALID (Malaisie) demande quels types de recherche et d'étude de terrain doivent être exécutés.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) explique que des activités de recherche et de développement sont prévues dans différents pays de la Région - par exemple, aux Philippines (dans la région de Tacloban) et en Papouasie-Nouvelle-Guinée; on exécutera dans des zones choisies une combinaison d'activités d'essai et de démonstration, visant notamment à tester les méthodologies et les approches nouvelles en faisant appel à différentes catégories de personnels de santé. On espère parvenir à établir dans un certain nombre de pays de la Région des réseaux nationaux de développement dans le cadre de la stratégie d'instauration de la santé pour tous; pour le moment on se prépare à établir ces réseaux dans six pays environ. Trois centres de formation aux soins de santé primaires ont été créés en République populaire de Chine et l'on espère qu'ils constitueront la base d'un tel réseau.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) demande s'il est possible d'avoir des précisions complémentaires sur les recherches prévues, les programmes d'évaluation des soins de santé primaires qui pourraient être entrepris et le niveau de compétence auquel doit viser la Région.

Le Dr MERCADO (Directeur de la planification et du développement des services de santé) déclare qu'un des grands axes de l'action de l'Organisation dans le domaine des soins de santé primaires a déjà été mentionné par le Dr Han - il s'agit des activités de recherche et de développement. Bien que certains les considèrent comme des études pilotes, ce sont en fait des recherches appliquées qui pourraient très bien constituer le point de départ des soins de santé primaires. Par ailleurs, les échanges d'information sur les approches adoptées dans les différents pays sont un élément essentiel du programme des soins de santé primaires. Le deuxième grand axe est constitué par la réorientation des personnels de santé, y compris ce qui concerne la formation, les programmes d'études et la compétence de différentes catégories de personnels. Un

certain nombre de points ont été clarifiés touchant aux compétences requises dont il a été reconnu qu'elles dépendaient nécessairement de la situation de chaque pays. Vient en troisième lieu le développement de la gestion des services de santé - domaine particulièrement important en raison du chevauchement des activités de soins de santé primaires.

Les activités d'évaluation ont été réduites; à noter toutefois deux programmes aux Philippines et un programme dans le Pacifique sud. Les activités de recherche devraient faciliter l'établissement des indicateurs nécessaires à l'évaluation.

Le PRÉSIDENT, prenant la parole en tant que représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, fait observer que lui-même a noté les résultats positifs du projet OMS de développement des soins de santé primaires dans son pays.

Santé des travailleurs (pages 53-55)

Il n'y a pas d'observation.

Soins aux personnes âgées, prévention des incapacités et réadaptation (pages 56-59)

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) note qu'un nouveau crédit de US\$298 000 est prévu pour les activités dans les pays et zones en 1982-1983. Etant donné que le programme couvre des activités extrêmement variées, il aimerait avoir des précisions sur l'utilisation des fonds - vont-ils aux personnes âgées ou à la prévention des accidents de la circulation ?

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) explique que le crédit est essentiellement destiné à répondre aux demandes des pays qui ont besoin d'une aide pour la réadaptation des handicapés physiques. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a demandé des bourses d'études pour des physiothérapeutes; la République de Corée a demandé des services de consultants pour deux mois, sans spécifier de domaine particulier; le Viet Nam a également demandé un concours, sans doute dans le domaine de la réadaptation.

Technologie appropriée pour la santé (pages 60-65) Recherche sur les services de santé (pages 66-68)

Il n'y a pas d'observation.

Santé maternelle et infantile (pages 69-72)

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) est surpris de noter une diminution du crédit prévu pour ce programme, qui est d'une importance vitale pour la mise en place des soins de santé primaires.

Le Dr HSU (Directeur par intérim de la protection et de la promotion de la santé) explique que la diminution est due au fait que la Papouasie-Nouvelle-Guinée, qui avait reçu US\$110 600 pour la santé maternelle et infantile au titre du budget de 1980-1981, a décidé de ne pas demander de fonds sur le budget ordinaire de l'OMS pour 1982-1983; en revanche, elle en demande au FNUAP, si bien que la diminution de crédits ne s'accompagne pas d'une réduction des activités.

Nutrition (pages 73-76)

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) déclare qu'on ne peut mettre en doute l'importance de la nutrition pour l'amélioration de l'état de santé. Il se demande toutefois si l'on n'accorde pas trop d'importance à la formation de nutritionnistes au détriment de la question de la production de denrées alimentaires. Existe-t-il un programme conjoint avec la FAO pour améliorer la production de denrées alimentaires, conformément à l'approche intersectorielle ?

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) est entièrement d'accord sur l'importance fondamentale de la production d'aliments. Ainsi qu'il ressort de l'exposé de programme, un rang de priorité élevé est attribué à l'établissement de politiques nationales en matière de produits alimentaires et de nutrition, et l'on espère élaborer une approche intersectorielle avec la coopération de la FAO, du FISE et d'autres institutions. L'expérience passée, malheureusement, n'a pas été très encourageante. Il sera peut-être nécessaire ultérieurement d'avoir à l'OMS des spécialistes de la question; pour le moment, l'établissement de politiques alimentaires et nutritionnelles nationales sera l'une des principales tâches des deux nutritionnistes (en poste en Papouasie-Nouvelle-Guinée et à Fidji) et du Conseiller régional pour la nutrition, au Bureau régional.

Le Dr RIDINGS (Samoa) propose que, pour gagner du temps, le Comité examine le budget programme par groupe de dix pages.

Le Dr EVANS (Australie) s'associe à cette proposition.

Il en est ainsi décidé.

Éducation pour la santé (pages 77-81)

Il n'y a pas d'observation.

Santé mentale (pages 82-84)

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) aimerait savoir quelle proportion du montant total de US\$610 700 sera consacrée à la lutte contre l'abus des drogues.

Le Dr SHINOZAKI (Conseiller régional pour la santé mentale) explique qu'il est prévu au budget de 1982-1983 un groupe de travail sur la prévention et la lutte en matière de pharmacodépendance. Le montant inscrit dans le budget pour la pharmacodépendance se situera donc aux environs de US\$28 000.

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que, l'an dernier, l'Assemblée de la Santé a adopté une résolution dans laquelle elle appelait l'attention des Etats Membres sur les programmes de lutte contre l'abus de drogues. Il ressort des réponses données jusqu'à présent par le Secrétariat que les sommes investies dans les programmes sont généralement celles qui ont été demandées par les Etats Membres.

Ainsi, sous la rubrique soins aux personnes âgées, prévention des incapacités et réadaptation, y compris les accidents de la circulation routière, aucun crédit ne semble avoir été demandé pour les soins aux personnes âgées, ni pour les accidents de la circulation routière, en dépit de leur importance dans la Région; les demandes reçues ne concernaient que la réadaptation.

De même, il semble que l'Organisation ne prévoit d'affecter que très peu de crédits à la lutte contre l'abus des drogues, et ce parce que les Etats Membres n'ont pas demandé de programmes dans ce domaine. Il doit être clair que c'est aux Etats Membres, s'ils souhaitent que soient mis sur pied des programmes traitant de certains problèmes de santé précis, à demander leur inclusion dans les programmes nationaux.

Politique et gestion pharmaceutiques (pages 87-89)

Préparations pharmaceutiques et produits biologiques (pages 90-93)

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) constate que le premier programme accuse une forte diminution et le second une augmentation. Il se demande si des ajustements n'ont pas été apportés car il y a des analogies entre les deux programmes.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) indique que pour le premier programme - politique et gestion pharmaceutiques - les chiffres relatifs aux pays marquent une diminution importante entre 1980-1981 et 1982-1983, essentiellement en raison d'une reprogrammation des crédits prévus pour le Viet Nam, ce qui a eu pour effet de réduire le montant inscrit sous ce programme. De même, il y a eu reprogrammation pour plusieurs autres pays (République démocratique populaire lao, Malaisie et Philippines). Au titre du second programme - préparations pharmaceutiques et produits biologiques - on note une augmentation du montant total, car des demandes plus importantes ont été reçues de la Chine, de la Malaisie, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Philippines et du Viet Nam.

Le DIRECTEUR REGIONAL confirme ce qu'a souligné le représentant des Etats-Unis d'Amérique - à savoir que certains programmes ne sont pas encore vraiment identifiés comme éléments des soins de santé primaires dans plusieurs pays. La politique consiste à utiliser le budget ordinaire comme fonds de démarrage pour l'élaboration des programmes relatifs à la politique et la gestion pharmaceutiques et aux préparations pharmaceutiques afin de les relier plus étroitement au développement des soins de santé primaires, tout en s'efforçant de trouver des ressources extrabudgétaires, notamment auprès du Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues, et pour la santé mentale, auprès du gouvernement du Japon, qui s'est déjà engagé à verser une certaine somme pour des activités dans ce domaine.

A propos du programme 3.4.1, M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) pense que le Service pharmaceutique du Pacifique sud, qui est en cours de création, ne fonctionne pas encore et ne peut donc être la cause de la réduction importante constatée au niveau des crédits.

Le DIRECTEUR REGIONAL confirme la chose : le service n'a pas eu d'incidence sur le budget. La diminution s'explique surtout par une réduction dans l'approvisionnement de certains Etats Membres en produits pharmaceutiques.

Surveillance épidémiologique (pages 96-98)

Il n'y a pas d'observation.

Paludisme et autres maladies parasitaires (pages 99-103)

Le Dr EVANS (Australie) précise que son Gouvernement, considérant le paludisme comme un danger potentiel en Australie et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, a affecté des crédits à la création d'un laboratoire et de services annexes pour surveiller le paludisme et d'autres maladies transmises par les insectes dans la Région.

Maladies bactériennes, virales et mycosiques (pages 104-114)

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) fait observer que la lutte contre les maladies diarrhéiques a constitué l'une des grandes préoccupations de la Région ces dernières années. Puisque l'assainissement de base et l'approvisionnement en eau dans les pays qui en ont besoin sont parmi les moyens les plus efficaces de combattre ces maladies, il faudrait leur allouer davantage de crédits. Quoique la réhydratation par voie orale soit importante pour le traitement des maladies diarrhéiques, il faut insister sur la promotion de la santé et la prévention. L'amélioration des conditions d'hygiène a été un facteur capital dans les pays où ces maladies ont régressé.

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) aimerait savoir s'il y a quelque part une ventilation des crédits affectés aux diverses maladies couvertes par la rubrique "maladies bactériennes, virales et mycosiques". Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) répond que les divers montants ont été regroupés, encore que le tableau de la page 114 donne quelques chiffres. Des crédits ont été prévus pour les administrateurs et les consultants chargés de s'occuper de ce groupe de maladies considérées en bloc. On s'efforce en outre conjointement avec le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est d'obtenir des fonds du PNUD pour la lutte contre les maladies diarrhéiques en arguant du fait qu'elles touchent principalement les pays les moins développés. Des crédits ont déjà été reçus de sources extrabudgétaires et sont canalisés par le Siège.

Programme élargi de vaccination (pages 115-117)

Prévention de la cécité (pages 118-120)

Biologie des vecteurs et lutte antivectorielle (pages 121-122)

Cancer (pages 125-127)

Maladies cardio-vasculaires (pages 128-130)

Santé bucco-dentaire (pages 131-133)

Autres maladies non transmissibles (pages 134-136)

Planification et gestion en matière de salubrité de l'environnement (pages 139-141)

Mesures d'assainissement de base (pages 142-143)

Identification et élimination des risques liés à l'environnement (pages 144-146)

Sécurité des produits alimentaires (pages 147-149)

Il n'y a pas d'observation.

Développement des personnels de santé (pages 150-160)

M. BOYER (Etats-Unis d'Amérique) constate avec inquiétude que le montant alloué à la promotion de la formation dans la Région du Pacifique occidental (page 157) a pratiquement doublé d'une période biennale à l'autre, avec près de 7 millions de dollars prévus pour la période 1982-1983. En outre, on lit à la page 10 que la proportion du budget total de l'OMS destinée au développement des personnels de santé doit passer de 17 % à 21 %, alors qu'elle était précédemment de 12 %. Une augmentation de cette ampleur mérite une étude plus attentive. Une partie considérable des crédits va au Territoire sous tutelle des îles du Pacifique, mais bien sûr d'autres programmes également voient leurs crédits augmentés. Il est important que les bourses d'études et les missions de consultants se rattachent aux programmes qui doivent être exécutés. Certains programmes de pays demandent des nombres variables de bourses d'études sans tenir compte des priorités sanitaires, alors que les stratégies nationales d'instauration de la santé pour tous devraient être établies en fonction de ces priorités. M. Boyer n'est pas convaincu que 21 % du budget doivent être affectés aux bourses d'études et se demande dans quelle mesure le programme de bourses d'études inscrit au budget est effectivement exécuté. Peut-être le chiffre supérieur à 6 millions de dollars auquel il s'est référé ne reflète-t-il même pas la totalité des bourses d'études attribuées par le programme de l'OMS. M. Boyer aimerait savoir comment le programme de bourses d'études se rattache aux priorités de l'OMS et des pays.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond qu'il s'attendait à cette question qui a été soulevée en 1979, et qui est revenue à différentes reprises au Conseil exécutif et au Comité régional. Il y a plusieurs raisons à l'augmentation phénoménale du montant alloué aux bourses d'études. Il arrive par exemple qu'un certain nombre de petits pays ayant récemment accédé à l'indépendance ne possèdent qu'un ou deux médecins, et qu'il soit urgent d'en former d'autres. S'il y a pénurie de personnel national travaillant dans le secteur de la santé publique, l'OMS est priée de fournir des bourses d'études. Les programmes de formation et de recherche se heurtent à une difficulté technique : les stratégies d'instauration de la santé pour tous des pays ont parfois évolué au moment de l'exécution du budget et ne correspondent plus aux affectations faites six ou douze mois plus tôt. Certains pays avec lesquels l'OMS a des activités de coopération technique doivent bénéficier des progrès de la science et de la technologie pour pouvoir se développer et se moderniser aussi rapidement que possible. La santé pour tous est ainsi un but national admis. Le Directeur régional a bon espoir que la déclaration du représentant des Etats-Unis d'Amérique amènera certains pays à réexaminer leurs besoins en bourses d'études plutôt qu'en coopération technique.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) estime qu'une fois que les objectifs sanitaires des pays pour la période 1982-1983 seront connus plus précisément, les 21 % du budget prévus pour les bourses d'études durant cette période seront ramenés à une proportion qui ne dépassera sans doute pas les 16 %. En outre, lorsque le moment viendra d'exécuter ce budget, il sera possible d'affecter les bourses d'études actuellement sans spécification à des programmes bien déterminés. En fait ce qu'il faut pour vérifier ces affectations par recoupements, c'est un budget à trois dimensions.

Le Dr RIDINGS (Samoa) déclare que les pays industrialisés et les pays en développement ont sur les bourses d'études des points de vue diamétralement différents. C'est la pénurie de personnels qualifiés qui est le problème le plus sérieux des pays en développement; cette pénurie est telle qu'il est parfois impossible de libérer le personnel devant bénéficier des bourses, car il est indispensable sur place à ce moment-là. Le bon développement des soins de santé primaires pour tous d'ici l'an 2000 dépendra de la solution apportée au problème des bourses d'études.

Le Dr TARUTIA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) déclare que son pays bénéficie des bourses d'études de l'OMS et a demandé des bourses supplémentaires pour 1982-1983; il a constaté en effet que les programmes mis en route par des consultants et des conseillers sans qu'il y ait d'homologues nationaux sont souvent interrompus et n'ont pas d'effets durables. Les bourses d'études, au contraire, constituent un investissement humain permanent.

M. DHILLON (Chef du développement des ressources humaines) déclare que le montant mentionné ne vise pas simplement les bourses d'études. A côté du centre régional de formation d'enseignants de Sydney, on établit actuellement des centres de formation d'enseignants en Malaisie, aux Philippines et en République de Corée. Des études sur le développement des personnels de santé ont été effectuées; d'autres sont en cours. Un grand nombre de programmes de formation se déroulent actuellement dont plusieurs intéressent directement les soins de santé primaires. Dans ces conditions, les bourses d'études ne représentent qu'environ 60 % du total indiqué.

Statistiques sanitaires (pages 161-165)

Publications et documents de l'OMS (pages 166-168)

Législation sanitaire (pages 169-170)

Il n'y a pas d'observation.

Services de documentation médicale et sanitaire (pages 171-173)

Le Dr GENTILE (France) demande pourquoi les crédits prévus pour les services de documentation médicale et sanitaire passent de US\$52 100 en 1980-1981 à US\$116 500 en 1982-1983. Il aimerait, en outre, avoir des renseignements complémentaires sur le centre d'information biomédicale et sur le réseau de sous-centres et de bibliothèques prévu en Chine. Enfin, il ne faudrait pas négliger la diffusion de la documentation en langue française.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) précise que l'accroissement de près de US\$70 000 est essentiellement attribuable à des demandes de la République populaire de Chine. En ce qui concerne le programme régional d'information biomédicale, deux consultants ont été envoyés dans divers pays et invités à formuler des recommandations sur la meilleure manière de développer le système. Leur rapport, qui vient d'être reçu, est en cours d'examen. Les consultants recommandent d'accélérer l'élaboration du programme, de renforcer le Bureau régional à cet effet et d'établir, dans certains pays, des centres nationaux qui formeraient un réseau. Divers pays développés de la Région fourniront une importante

contribution en vue de la mise en place du programme. Les consultants n'ont malheureusement pas eu le temps de visiter tous les pays francophones choisis, mais lorsqu'il examinera en détail les recommandations des consultants, le secrétariat attachera une attention particulière à la couverture des pays francophones par le programme d'information biomédicale.

M. SUBRAMANIAN (Conseiller régional pour l'information pour la santé) rappelle que selon un groupe de travail de bibliothécaires réuni en 1978, il y a grand besoin d'un programme d'information biomédicale dans la Région, où les pays développés disposent d'ailleurs des ressources qui permettraient d'en créer un. Le centre d'information biomédicale qu'on se propose d'établir en Chine s'occuperait principalement de documentation en chinois.

Le DIRECTEUR REGIONAL, répondant à l'observation du Dr Gentile sur la distribution de documentation en français, déclare que bien entendu des documents français seront envoyés à des pays tels que le Viet Nam et la République démocratique populaire lao, mais ajoute qu'une documentation en français est aussi demandée par la Chine. De plus, plusieurs stages de formation organisés en Chine ont lieu en français. A son avis, le français n'est pas négligé dans la Région du Pacifique occidental.

Le PRESIDENT, prenant la parole en tant que représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, déclare que les services de documentation médicale et sanitaire posent un grand problème dans le Tiers-Monde. Il faudrait davantage de livres.

Information du public en matière de santé (pages 174-176)

Le Dr SENTILAGAKALI (Fidji) appelle l'attention du Comité sur le problème de la traduction de la documentation OMS, en particulier concernant les soins de santé primaires, dans les langues effectivement parlées dans les pays. Il faudrait un appui financier pour la distribution de littérature dans les langues vernaculaires.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le Bureau régional est parfaitement conscient de la nécessité d'utiliser les langues locales. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, par exemple, un cours de soins de santé primaires a été donné en bichlamar. Une certaine aide pourrait être fournie si un gouvernement en faisait la demande et s'il était préparé à prendre en charge une partie des dépenses locales.

Le PRESIDENT, en sa qualité de représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, souligne la nécessité d'utiliser les langues vernaculaires dans le Pacifique sud.

Programmes généraux de soutien (pages 177-192)

Il n'y a pas d'observation.

Pour répondre à une question du Dr ACOSTA (Philippines) relative aux mécanismes de budgétisation biennale, M. DONALD (Directeur du programme d'appui) explique que toutes les économies réalisées au cours d'une période biennale sont renvoyées au Siège qui les utilise pour des budgets futurs. Ces économies représentent en fait la différence entre un taux d'exécution de 100 % et le taux réel qui est généralement de quelque 99 %. Le programme biennal peut être mis en oeuvre à tout moment de la période biennale, et ceci vaut également pour les bourses d'études.

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que, si la totalité d'un budget biennal peut en principe être utilisée en une année, le fonctionnement continu et harmonieux des programmes exige en réalité que les dépenses soient réparties de façon équilibrée.

1.2 Programme régional du PNUD pour l'Asie et le Pacifique, 1982-1986 :
Point 7.3 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC31/7 et WPR/RC31/7 Add.1)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle au Comité régional que la Région du PNUD de l'Asie et du Pacifique englobe des pays de trois Régions de l'OMS : tous les Etats Membres des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et trois Etats Membres - Afghanistan, Iran, Pakistan - de la Région de la Méditerranée orientale. Pour le programme allant de 1982 à 1986, le PNUD souhaite que l'OMS présente une proposition d'ensemble pour la Région de l'Asie et du Pacifique. Ceci suppose un dialogue approfondi entre les trois Régions, et le PNUD a organisé plusieurs missions spéciales afin de tenir des consultations sur certains aspects du programme 1982-1986. Il prévoit quatre composantes pour le programme : une pour toute la Région du PNUD, une pour les pays de l'ANASE, une pour le Pacifique sud et une pour les pays les moins développés de la Région.

Les préparatifs ont commencé dans le courant de 1980, lorsqu'une analyse sectorielle a été préparée, puis envoyée à New York. Cette analyse est à la disposition de tous les représentants qui souhaiteraient en prendre connaissance. Son contenu reflète, de manière condensée, les exposés de programme contenus dans le document WPR/RC31/4 sur lequel vient de porter la discussion. Ensuite, les propositions de programme ont été préparées par chaque Région de l'OMS, après quoi des entretiens ont eu lieu avec les missions du PNUD et entre représentants des trois Bureaux régionaux de l'OMS. A l'OMS, on a identifié les propositions analogues pour en faire la synthèse. La proposition finale qui sera soumise au PNUD regroupera un certain nombre de propositions communes pour les trois Régions de l'OMS et un certain nombre de propositions dites "infrarégionales" pour une seule Région. Les propositions soumises sous cette forme synthétique seront identifiées pour pouvoir être réparties par le PNUD entre les quatre composantes déjà citées : régionale, ANASE, Pacifique sud, pays les moins développés.

Se référant aux documents WPR/RC31/7 et WPR/RC31/7 Add.1, le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes) explique que les propositions établies par le Bureau régional du Pacifique occidental sont présentées sous les rubriques du programme conformément à l'actuelle structure de classification de l'OMS de manière que le Comité puisse les examiner en liaison avec le budget programme de 1982-1983. Dans la marge droite des deux documents, on a indiqué l'ordre de priorité suggéré pour chaque proposition. Le PNUD a demandé que les priorités soient établies par le Comité régional pour avoir l'assurance que les propositions qui lui seront soumises représentent bien les besoins des Etats Membres.

Le Comité notera que, conformément aux stratégies visant à atteindre le but majeur de la santé/2000, la priorité a été accordée aux soins de santé primaires et à un programme appuyant la décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. La technologie appropriée pour la santé, qui est considérée comme un élément crucial des soins de santé primaires, reçoit également un rang de priorité élevé, de même que les propositions

touchant au service pharmaceutique du Pacifique sud et au programme de l'ANASE dans le domaine des produits pharmaceutiques, étant donné leurs éléments coopération technique entre pays en développement et coopération économique entre pays en développement.

Comme l'a signalé auparavant le Directeur régional, il faudra regrouper selon les besoins les propositions de la Région du Pacifique occidental et celles des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale de manière à pouvoir présenter au PNUD une seule proposition synthétique. Aussi, après la synthèse, peut-être faudra-t-il modifier les priorités établies par le Comité régional afin de parvenir à une échelle de priorité commune tenant compte des ordres de priorité fixés par les comités régionaux des deux autres Régions intéressées.

Les propositions de programme ne seront présentées au PNUD qu'au début de décembre 1980. Après accord avec le PNUD sur les propositions jugées acceptables, des documents de projets détaillés comportant des éléments chiffrés seront établis pour mars 1981.

Le Dr Han informe le Comité que le PNUD a également demandé que soient établies des propositions pour un programme spécialement destiné aux pays les moins développés. Quoique la plupart des programmes maintenant soumis au Comité régional doivent profiter, s'ils sont approuvés, aux pays parmi les moins développés, on a identifié cinq programmes précisément axés sur ces pays. Comme le PNUD désirait être informé des possibilités d'appui aux pays les moins développés dès août 1980, les titres des cinq programmes en question ont déjà été communiqués à New York. Il s'agit des programmes suivants :

- 1) technologie appropriée dans les hôpitaux telle que chauffe-eau solaires et digesteurs à biogaz;
- 2) recherche sur les services de santé;
- 3) formation d'administrateurs de la santé publique dans les provinces et les districts;
- 4) formation de cadres infirmiers au niveau de la province et du district, notamment en République démocratique populaire lao;
- 5) lutte contre le diabète et les maladies cardio-vasculaires dans la collectivité.

Il faut espérer que le Comité n'aura pas d'objection à ce qu'à l'avenir ces cinq activités soient reformulées en propositions précises qui seront soumises au siège du PNUD à New York.

En l'absence d'objection, le PRÉSIDENT charge les Rapporteurs de préparer un projet de résolution incluant l'ordre de priorité adopté. (Voir à la section 1.3 de la troisième séance l'examen du projet de résolution).

La séance est levée à 17 h 10