

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA PREMIERE SEANCE

Salle de conférence de l'OMS, Manille  
Lundi 6 septembre 1976, 9 heures

PRESIDENT : D<sup>r</sup> A. Tanaka (Japon)  
puis : M. J.S. Singh (Fidji)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Ouverture officielle de la session par le Vice-Président sortant .....	78
2. Election du Bureau : Président, Vice-Président et Rapporteurs .....	78
3. Adoption de l'ordre du jour .....	78
4. Constitution du Sous-Comité du Programme et du Budget .....	78
5. Accusé de réception par le Président des rapports succincts des gouvernements sur leurs activités sanitaires .....	79
6. Rapport du Directeur régional .....	79
7. Affectation et gestion des ressources de l'OMS aux niveaux régional et national .....	89

Première séanceLundi 6 septembre 1976, 9 heures

## PRESENTS

I. Représentants des Etats Membres

AUSTRALIE	D <sup>r</sup> C. Evans M. K. Boreham
CHINE	D <sup>r</sup> Chen Hai-feng D <sup>r</sup> Chin Hsiang-kuan D <sup>r</sup> Huang Yu-hsiang M. Tsao Yung-lin M. Li Ching Hsiu
ETATS-UNIS D'AMERIQUE	D <sup>r</sup> J.C. King
FIDJI	M. J.S. Singh D <sup>r</sup> J.B. Senilagakali
FRANCE	D <sup>r</sup> P. Leproux
JAPON	D <sup>r</sup> A. Tanaka D <sup>r</sup> H. Shinozaki M. T. Yano
MALAISIE	Tan Sri Datuk (D <sup>r</sup> ) Abdul Majid Ismail D <sup>r</sup> Mehar Singh Gill M. Onn bin Kayat
NOUVELLE-ZELANDE	D <sup>r</sup> B.W. Christmas
PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINEE	M. E. Robin Safitua D <sup>r</sup> K. Wari
PHILIPPINES	D <sup>r</sup> J. Sumpaico D <sup>r</sup> J.J. Dizon D <sup>r</sup> F. Aguilar D <sup>r</sup> A.M. Angara
PORTUGAL	D <sup>r</sup> Leonel dos Remédios
REPUBLIQUE DE COREE	D <sup>r</sup> Kyong Shik Chang M. Se Lin Huh M. Moo Geun Jeon
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POPULAIRE LAO	D <sup>r</sup> Kéo Phimpachanh

REPUBLIQUE SOCIALISTE  
DU VIET NAM

D<sup>r</sup> Tran Ngoc Dang  
D<sup>r</sup> Nguyen Van Trong  
M. Nguyen Hong Quang

ROYAUME-UNI

D<sup>r</sup> J.A.B. Nicholson

SAMOA-OCCIDENTAL

D<sup>r</sup> Solia Tapeni Faaiuso

SINGAPOUR

D<sup>r</sup> Leong Kwok Wah

II. Représentants de l'Organisation des Nations Unies et  
des institutions apparentées

FONDS DES NATIONS UNIES  
POUR L'ENFANCE

M. P. Bailey

PROGRAMME DES NATIONS UNIES  
POUR LE DEVELOPPEMENT

M. D. Bergstrom  
M. S. Wijayasingha

ORGANISATION INTERNATIONALE  
DU TRAVAIL

M. J.M. Duijvestein

III. Représentants d'autres organisations intergouvernementales

BANQUE ASIATIQUE DE  
DEVELOPPEMENT

M. K.H. Phua

COMMISSION DU PACIFIQUE SUD

D<sup>r</sup> E. Macu Salato

IV. Représentants des organisations non gouvernementales

ASSOCIATION INTERNATIONALE  
DES FEMMES MEDECINS

D<sup>r</sup> E.I. Cuyegkeng

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES  
TECHNICIENNES ET TECHNICIENS  
DIPLOMES EN ELECTRO-RADIOLOGIE  
MEDICALE

M. N.A. Palomo

ASSOCIATION MONDIALE DES  
ANCIENS COMBATTANTS

Brigadier general P.R. Sotto (Ret.)

COLLEGE INTERNATIONAL DES  
CHIRURGIENS

D<sup>r</sup> L.D. Martinez

COMITE INTERNATIONAL CATHOLIQUE  
DES INFIRMIERES ET ASSISTANTES  
MEDICO-SOCIALES

M<sup>me</sup> M.R. Ordoñez

COMMISSION MEDICALE CHRETIENNE	D <sup>r</sup> G.H. Viterbo
CONSEIL DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES DES SCIENCES MEDICALES	D <sup>r</sup> A.M. Dalisay
CONSEIL INTERNATIONAL DE L'ACTION SOCIALE	Brigadier général P.R. Sotto (Ret.)
CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES	Mme F.M. Valdez
FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE	D <sup>r</sup> P. Gonzales D <sup>r</sup> R.C. Navia D <sup>r</sup> G.A. Carreon
FEDERATION INTERNATIONALE DES HOPITAUX	D <sup>r</sup> J.P. Caedo, Jr.
FEDERATION INTERNATIONALE POUR LE PLANNING FAMILIAL	D <sup>r</sup> J.B. Catindig
FEDERATION MONDIALE DE MEDECINE ET DE BIOLOGIE NUCLEAIRES	D <sup>r</sup> L.S. Villadolid
FEDERATION MONDIALE DES SOURDS	Mme E.S. Carlos
FEDERATION MONDIALE POUR LA SANTE MENTALE	D <sup>r</sup> L. Ignacio
FEDERATION MONDIALE POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDICINE	D <sup>r</sup> J. Cuyegkeng
L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE	D <sup>r</sup> A.Z. Romualdez
LIGUE DES SOCIETES DE LA CROIX-ROUGE	Brigadier general P.R. Sotto (Ret.)
LIGUE INTERNATIONALE CONTRE LE RHUMATISME	D <sup>r</sup> T.P. Torralba
SOCIETE INTERNATIONALE POUR LA READAPTATION DES HANDICAPES	Mme C. Floro
SOCIETE INTERNATIONALE DE TRANSFUSION SANGUINE	D <sup>r</sup> G.C. Caridad
UNION INTERNATIONALE D'EDUCATION POUR LA SANTE	D <sup>r</sup> F. Herrera
UNION INTERNATIONALE DES ARCHITECTES	M. J. Nakpil

V. Secrétariat de l'OMS

SECRETAIRE

D<sup>r</sup> Francisco J. Dy

1. OUVERTURE OFFICIELLE DE LA SESSION PAR LE VICE-PRESIDENT SORTANT :  
Point 1 de l'ordre du jour provisoire

En l'absence du D<sup>r</sup> T. M. McKENDRICK, Président sortant, le D<sup>r</sup> A. TANAKA, Vice-Président sortant, ouvre solennellement la vingt-septième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.

2. ELECTION DU BUREAU : PRESIDENT, VICE-PRESIDENT ET RAPPORTEURS :  
Point 4 de l'ordre du jour provisoire

- 2.1 Election du Président

Le D<sup>r</sup> CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) propose la candidature de M. SINGH (Fidji). Cette proposition est appuyée par le D<sup>r</sup> FAAIUASO (Samoa-Occidental).

Décision : M. SINGH est élu à l'unanimité.

- 2.2 Election du Vice-Président

Le D<sup>r</sup> EVANS (Australie) propose la candidature de M. SAFITOA (Papouasie-Nouvelle-Guinée). Cette proposition est appuyée par le D<sup>r</sup> DIZON (Philippines).

Décision : M. SAFITOA est élu à l'unanimité.

- 2.3 Election des Rapporteurs

Le D<sup>r</sup> MAJID (Malaisie) propose la candidature du D<sup>r</sup> EVANS (Australie) comme Rapporteur de langue anglaise. Cette proposition est appuyée par le D<sup>r</sup> KYONG SHIK CHANG (République de Corée).

Le D<sup>r</sup> LEPROUX (France) propose la candidature du D<sup>r</sup> TRAN NGOC DANG (République socialiste du Viet Nam) comme Rapporteur de langue française. Cette candidature est appuyée par le D<sup>r</sup> PHIMPACHANH (République démocratique populaire lao).

Décision : Le D<sup>r</sup> EVANS et le D<sup>r</sup> TRAN NGOC DANG sont élus à l'unanimité.

3. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 6 de l'ordre du jour provisoire  
(Documents WPR/RC27/1 et Add.1)

Le PRESIDENT propose l'adoption de l'ordre du jour après suppression des points 2 et 3.

Décision : En l'absence d'observations, l'ordre du jour est adopté.

4. CONSTITUTION DU SOUS-COMITE DU PROGRAMME ET DU BUDGET :  
Point 7.1 de l'ordre du jour

Conformément à la résolution WPR/RC21.R1 adoptée par le Comité régional à sa vingt et unième session, par laquelle il a été décidé que le Sous-Comité du Programme et du Budget "se composerait de la moitié des Membres

de la Région et du Président du Comité régional, les membres étant choisis par roulement entre les représentants des divers Etats Membres, étant entendu que tout représentant qui le désire pourra participer aux débats du Sous-Comité", il est décidé que, cette année, le Sous-Comité se composera de représentants des pays suivants : Etats-Unis d'Amérique, Fidji, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Portugal, République démocratique populaire lao, République socialiste du Viet Nam, Samoa-Occidental et Singapour.

Il est également décidé que le Sous-Comité se réunira le mardi 7 septembre à 14 h 30 et le jeudi 9 septembre à 9 heures.

5. ACCUSE DE RECEPTION PAR LE PRESIDENT DES RAPPORTS SUCCINCTS DES GOUVERNEMENTS SUR LEURS ACTIVITES SANITAIRES : Point 8 de l'ordre du jour

Le PRESIDENT accuse réception des rapports sur les activités sanitaires des pays ou zones suivants : Australie, Fidji, Hong Kong, Japon, Macao, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée et République socialiste du Viet Nam. Les autorités de la Polynésie française ont aussi envoyé des rapports qui n'ont pu être diffusés mais que le Secrétariat tient à la disposition des personnes intéressées.

6. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL : Point 9 de l'ordre du jour (Document WPR/RC27/3 et Corr.1)

En présentant son Rapport annuel, le DIRECTEUR REGIONAL souhaite la bienvenue aux délégations de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, précédemment Membre associé de l'Organisation, et de la République socialiste du Viet Nam réunifiée.

Pendant l'année considérée, la notion de soins de santé primaires a gagné du terrain; c'est le cas par exemple au Samoa-Occidental, où se sont tenues des discussions préliminaires sur la formulation d'un programme national d'action sanitaire et l'élaboration d'un système de soins de santé primaires. Les gouvernements sont invités à examiner les problèmes soulevés et les ressources nécessaires pour exécuter des programmes élargis de vaccination. Il faut que les gouvernements usent de toute leur force politique pour la mise en oeuvre de ces programmes et qu'ils fournissent l'appui administratif requis pour la continuité des opérations. Il importe aussi qu'ils disposent de vaccins en quantités suffisantes et de travailleurs sanitaires qualifiés.

Il est encourageant de constater, d'après la diminution du nombre des demandes de coopération adressées à l'OMS pour le développement des personnels de santé, que certains pays sont désormais en mesure d'entreprendre leurs propres programmes de formation au moyen des ressources nationales. L'Organisation pourra continuer à envoyer des consultants dans des domaines spécialisés pour donner des cours de perfectionnement, comme elle l'a fait deux années consécutives au Territoire sous tutelle des îles du Pacifique. Dans le domaine des techniques de laboratoire de santé, la pénurie de main-d'oeuvre qualifiée demeure cependant un obstacle majeur.

Le Centre régional de formation d'enseignants de Sydney a poursuivi son programme en organisant des conférences-ateliers et des cours nationaux. Il prépare désormais à un diplôme de maîtrise en formation des personnels de santé et le premier cours a commencé en juillet 1975.

Le Directeur régional ne s'attarde pas sur les événements survenus pendant l'année considérée dans les domaines de la santé infantile, de la nutrition, de la salubrité de l'environnement ni de l'alcoolisme et des autres problèmes de dépendance puisque le Comité doit examiner ces programmes en détail dans le courant de la session.

Un fait notable dans le déroulement du programme régional a été l'établissement d'un Comité consultatif régional de la recherche médicale dont la première réunion s'est tenue en juin 1976. Devant la progression alarmante du cancer, des maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies chroniques, il faut se féliciter de ce qu'au nombre des activités de recherche entreprises dans la Région, le Comité consultatif régional de la recherche médicale ait recommandé que les maladies cardio-vasculaires soient prioritaires. Les autres domaines de recherche prioritaires sont l'élaboration de stratégies pour la recherche sur les services de santé, la santé de la famille, la salubrité de l'environnement ainsi que les maladies parasitaires et autres maladies transmissibles.

Le Directeur des services de santé revient d'un voyage à Tokyo où il a reçu, au nom de l'OMS, un nouveau don généreux de la Fondation japonaise des constructeurs de navires. En réaffirmant la profonde gratitude de l'OMS, le Directeur régional rappelle aux Représentants que l'Organisation est de plus en plus dépendante de ressources extrabudgétaires pour l'application de nombre de résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé. Dans la Région du Pacifique occidental des ressources sont nécessaires pour fournir une assistance spéciale au Kampuchea démocratique, à la République démocratique populaire lao et à la République socialiste du Viet Nam, et pour appliquer les recommandations formulées par le Comité consultatif régional de la recherche médicale.

En conclusion, le Directeur régional appelle l'attention des représentants sur les "profils sanitaires de pays" établis d'après les renseignements communiqués par divers gouvernements, l'OMS et les Nations Unies. Les profils déjà approuvés par les gouvernements intéressés pourront être consultés par les Représentants sur leur demande dans la salle de conférence.

Le PRESIDENT propose que, conformément à la suggestion du Directeur régional et si le Comité y consent, le rapport soit examiné chapitre par chapitre. Il invite ensuite les représentants à formuler leurs observations.

Le D<sup>r</sup> EVANS (Australie) se reporte aux pages xviii et 67 du rapport qui traitent de l'aide à la République socialiste du Viet Nam. Le Gouvernement australien désire faire parvenir à l'OMS la somme de 500 000 dollars australiens pour l'exercice 1976/1977 au titre du programme d'assistance à la République socialiste du Viet Nam pour l'éradication de la tuberculose. Le Gouvernement saisit également cette occasion pour dire sa satisfaction devant le rapport complet et détaillé sur les besoins sanitaires en République socialiste du Viet Nam qui a été préparé par l'OMS en collaboration avec les autorités vietnamiennes; grâce à ce canevas, l'évaluation des besoins et la décision quant aux mesures à prendre ont été grandement facilitées.



Le D<sup>r</sup> MAJID (Malaisie) félicite le Directeur régional pour son rapport. La délégation de la Malaisie approuve la priorité élevée accordée dans la Région du Pacifique occidental aux soins de santé primaires, dont la base même est la participation de la collectivité. En Malaisie, l'expérience a montré que, grâce aux soins de santé primaires, un plus grand nombre de personnes avaient pu bénéficier des services de santé, tout particulièrement dans les régions éloignées. C'est cette approche qui est envisagée pour l'élaboration d'une infrastructure sanitaire nationale constituant l'assise d'un programme national intégré d'action sanitaire. Les succès enregistrés en Malaisie dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose et contre la lèpre et d'hygiène de l'environnement ont été dus en grande partie au système de prestation des soins de santé primaires, surtout dans les zones rurales. Le développement des services de soins de santé primaires doit se faire par l'intermédiaire de la collectivité, notamment pour ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles, la planification familiale, l'éducation sanitaire et les autres activités de santé.

Le D<sup>r</sup> Majid s'associe au point de vue exprimé par le Directeur régional concernant la formation du personnel, qui doit être axée sur les tâches à accomplir. Les cours assurés doivent faire l'objet d'une sélection soignée si l'on veut accroître l'efficacité du personnel dans l'accomplissement des tâches qui lui sont assignées. Il serait bon que les cours soient donnés dans le même cadre de travail que celui où se trouvera le stagiaire et soient organisés dans la Région plutôt que dans un environnement très différent.

Il a été dit que le cancer, d'autres maladies chroniques et les maladies transmissibles sont en augmentation dans la Région du Pacifique occidental, surtout dans les pays en développement. Cela signifie - semble-t-il - qu'il est temps d'entreprendre des études approfondies sur les maladies propres à la vieillesse et aux pays riches pour se faire une idée de l'ampleur du problème. Des études épidémiologiques sur ce problème ne seront possibles que s'il existe des systèmes sûrs de collecte de données. L'OMS pourrait collaborer avec les pays et zones de la Région à l'élaboration de tels systèmes afin de fixer les priorités qui s'imposent pour les programmes sanitaires nationaux.

Le D<sup>r</sup> CHEN HAI-FENG (Chine) félicite les membres du Bureau de leur élection. Il ajoute qu'il est juste de souligner l'importance du développement des services de santé de base, comme le fait le rapport. De nombreux pays du Tiers-Monde sont en mesure de faire part de leurs expériences concrètes dans ce domaine. La base de la politique sanitaire de la Chine est la notion de service aux paysans et aux travailleurs, accompagné d'une formation appropriée des cadres dont font partie les médecins aux pieds nus. Le D<sup>r</sup> Huang Yu-hsiang, suppléant, est un médecin rural qui a formé des médecins aux pieds nus et peut donc parler des résultats obtenus.

Le D<sup>r</sup> HUANG YU-HSIANG (Chine) déclare que les médecins aux pieds nus sont des travailleurs médicaux d'un type nouveau, qui bénéficient de l'appui personnel du Président Mao Tse-toung. Leurs services sont très appréciés par les masses de paysans pauvres et moyens pauvres des zones rurales, où la situation sanitaire s'est améliorée de façon spectaculaire grâce à leur travail, entraînant par là même une amélioration de la production agricole.

Les médecins aux pieds nus sont pour la plupart choisis, sur recommandation des masses, parmi les jeunes issus des familles de paysans pauvres et moyens pauvres et, dans certains cas, parmi les jeunes intellectuels des villes qui s'installent à la campagne. Leur formation est adaptée aux conditions locales.

Depuis la Grande révolution culturelle du prolétariat, le D<sup>r</sup> Huang Yu-Hsiang et d'autres travailleurs médicaux des hôpitaux de commune ont organisé 16 cours à l'intention des médecins aux pieds nus au nom des paysans et sous la conduite du Comité du parti et du comité révolutionnaire de la commune. Ces cours présentent trois caractéristiques principales.

D'une part, l'accent est mis sur l'éducation politique et idéologique. Les médecins aux pieds nus étudient les oeuvres de Marx, de Lénine, et du Président Mao Tse-toung et écoutent les récits de paysans qui, ayant souffert sous l'ancien régime, sont invités à relater l'amertume de leurs expériences passées et le bonheur de leur condition présente. Cela permet d'entretenir constamment la conscience politique de la population. Les médecins aux pieds nus, qui sont rémunérés selon le système de répartition entre les membres de la collectivité, sont invités à participer à tous les travaux agricoles. Cette formation les encourage à conserver un esprit de lutte et de dévouement, à nouer des liens étroits avec les masses, qui leur sont favorables, et les prépare mentalement au travail rural.

D'autre part, les méthodes d'enseignement et le programme des cours ont été modifiés. Les médecins aux pieds nus peuvent par exemple être appelés à se rendre chez un malade pour examiner et observer un cas, l'analyser et discuter des méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement. L'enseignement englobe la médecine traditionnelle chinoise et la médecine occidentale et l'enseignement théorique est complété par des séances pratiques. L'expérience pratique est acquise soit dans un hôpital de commune, soit lors de tournées avec une équipe médicale mobile ou de stages avec une équipe médicale urbaine. Des cours de perfectionnement utilisant des méthodes variées sont également donnés. Contrairement à l'enseignement médical traditionnel, les cours de base et l'enseignement clinique sont étroitement intégrés; il existe en outre une véritable collaboration entre étudiants et enseignants. Ainsi, un cours portant sur un système anatomique peut être immédiatement suivi d'une étude des maladies qui s'y rattachent, des médicaments à administrer et du traitement par les méthodes traditionnelles et occidentales. De bons résultats ont été obtenus en ce sens que les médecins aux pieds nus sont à même de prévenir et de traiter les maladies courantes, de prendre en charge certains cas graves et même de pratiquer des opérations dans les cas d'appendicite, de hernie ou de tumeur; la plupart des femmes qui exercent la fonction de médecin aux pieds nus sont capables d'aider au déroulement d'un accouchement difficile et d'assumer certaines responsabilités en matière de planification familiale.

Enfin, pour renforcer leur spécialisation et accroître leur compétence générale, les médecins aux pieds nus reçoivent une formation devant leur permettre de s'acquitter de tâches préventives et thérapeutiques. Pendant leurs stages, qu'ils effectuent en contact étroit avec les masses laborieuses, ils ont recours aussi bien à la médecine traditionnelle qu'à la médecine occidentale, ils accomplissent le travail d'un médecin ou d'une infirmière et sont à même de cultiver des plantes médicinales et de fabriquer des préparations médicinales. Certains médecins aux pieds nus peuvent extraire une dent en pratiquant une anesthésie par acupuncture et établir des ordonnances de plantes médicinales pour le traitement de plus de dix maladies sous forme d'injections, de comprimés ou de sirops.

Une grande importance est accordée à la prévention des maladies. Les médecins aux pieds nus enseignent l'hygiène aux auxiliaires sanitaires, aux agents d'assainissement et aux éleveurs dans les brigades de production et mobilisent les masses dans le cadre du mouvement patriotique pour la santé pour l'élimination des mouches, moustiques, rats et punaises et la suppression des maladies infectieuses. Enfin, ils donnent des cours aux étudiants travailleurs-paysans-soldats dans les écoles de médecine.

Grâce à l'appui et aux conseils qu'ils dispensent à tous les niveaux, les médecins aux pieds nus sont devenus une force essentielle qui a permis de révolutionner les structures sanitaires des zones rurales et l'enseignement de la médecine.

M. BOREHAM (Australie) indique que les autorités australiennes ont relevé deux modifications importantes dans la première partie du rapport. Un thème nouveau "Promotion et développement de la recherche" occupe la première place, alors que la "Santé de la famille" fait maintenant partie de la rubrique "Renforcement des services de santé, ce qui reflète probablement un changement dans l'ordre des priorités de l'OMS. De plus, pour ce qui est du "Renforcement des services de santé", les autorités australiennes souhaiteraient voir l'accent porter sur trois aspects des soins de santé primaires : la nécessité de s'assurer la participation de la collectivité pour la prestation de ces soins; la désignation des travailleurs sanitaires par les habitants des villages qu'ils sont appelés à desservir, et le danger de voir des services de santé imposés par une autorité supérieure. Faute de tenir compte de ces trois aspects, les populations rurales se tournent souvent vers les guérisseurs traditionnels au lieu de s'adresser aux services gouvernementaux.

A la rubrique "Santé de la famille", il est satisfaisant de constater que l'approche pluridisciplinaire intégrée pour répondre aux besoins sanitaires de tous les membres de la famille est de plus en plus acceptée. Il convient de souligner l'importance du rôle des autres organismes participant à des activités de développement.

Pour ce qui est du "Développement des personnels de santé", il est intéressant de noter que, pendant la période considérée, le Département australien de la Santé s'est chargé de la formation de 42 boursiers OMS. Cependant, les autorités se heurtent constamment au problème du placement des boursiers, dont le nom est diffusé trop tardivement. La réévaluation du programme de bourses d'études s'impose.

Au chapitre sur "La lutte contre les maladies transmissibles", note est prise des observations du Directeur régional concernant la résistance de plus en plus grande de la population aux pulvérisations intradomiciliaires de DDT mais l'attention est de nouveau appelée sur les effets nocifs qu'a souvent le DDT pour l'environnement.

Quant aux répercussions du problème des liquidités du PNUD sur la mise en oeuvre des activités financées par cette institution, des renseignements sur la situation financière actuelle du PNUD seraient utiles.

Enfin, comme le souligne le rapport, étant donné l'importance du cancer, des troubles cardio-vasculaires et des maladies chroniques dans les pays en développement, il semble surprenant que les crédits qui leur sont consacrés dans le projet de budget de 1978-1979 soient si modestes. La question sera soulevée ultérieurement lors de l'examen du projet de budget programme.

Le D<sup>r</sup> FAAIUASO (Samoa-Occidental) félicite le Directeur régional de son rapport. L'expression "soins de santé primaires", objet du paragraphe 2.2.1, qui semble être en usage depuis ces dernières années, correspond depuis longtemps à une notion fondamentale au Samoa-Occidental, où la participation des organisations communautaires et des comités féminins aux services de santé des villages remonte aux années 1920. Il est encourageant de constater que l'OMS accorde une priorité élevée au développement des soins de santé primaires. Le Gouvernement du Samoa-Occidental est très reconnaissant à l'OMS de son appui pour l'élaboration d'un programme national. Son pays a été le cadre de l'étude sur la participation de la collectivité aux soins de santé primaires menée en 1976 par le Comité mixte OMS/FISE des directives sanitaires et il est heureux de pouvoir à son tour être utile à ces deux organisations. Il faut espérer qu'une étude analogue pourra être faite d'ici quelques années pour étudier les progrès accomplis.

Comme il est dit à la page 6, le Samoa-Occidental s'intéresse à la programmation sanitaire nationale, qui devrait être très utile pour la planification des services de santé; on espère que l'OMS pourra prêter une aide dans ce domaine.

Le D<sup>r</sup> SUMPAICO (Philippines) félicite le Directeur régional de son rapport. Les priorités sanitaires des Philippines suivent de près celles de l'OMS. Une attention particulière est accordée au développement des soins de santé primaires ainsi qu'à la prévention et aux moyens de combattre les maladies transmissibles, qui restent le principal problème de santé publique. Un programme élargi de vaccination vient de débiter.

Le D<sup>r</sup> SENILAGAKALI (Fidji) déclare que l'élection du Ministre de la Santé de Fidji à la présidence de cette session est un honneur pour son pays.

Les soins de santé primaires sont une notion nouvelle sur laquelle il serait intéressant d'avoir de plus amples renseignements au cours de la session. Il faut remercier le Représentant de la Malaisie d'avoir fait mention des personnes âgées; en effet, on s'intéresse aux mères, aux enfants et aux adultes, mais l'on songe moins aux vieillards. Le Gouvernement de Fidji fait grand cas de la vie humaine, de la conception à la mort.

Le D<sup>r</sup> Senilagakali a suivi avec intérêt l'exposé sur les médecins aux pieds nus en Chine. L'Ecole de Médecine de Fidji s'était lancée sur une voie analogue au dix-neuvième siècle, mais le système a évolué au cours des années de telle sorte que la formation des médecins ne correspondait plus aux besoins du pays; c'est pourquoi il a été décidé en 1975 de retourner aux sources et d'organiser un cours à l'intention des assistants médicaux qui dispenseront des soins de santé primaires dans les zones rurales.

Dans l'ensemble, le niveau de santé est satisfaisant à Fidji. Toutefois, les idées venues de pays voisins sont toujours les bienvenues. Ainsi, le Samoa-Occidental forme des infirmières pour leur confier des responsabilités supplémentaires dans les zones périphériques et Fidji souhaiterait être mieux renseigné sur cette question.

Le D<sup>r</sup> MAJID (Malaisie) précise que le Ministère de la Santé de la Malaisie a entrepris, avec la coopération technique de l'OMS, un projet pour la mise en place de systèmes d'information sur la gestion sanitaire dont l'objectif est d'organiser un système entièrement intégré destiné à répondre aux besoins en information du Ministère et assurer la planification et la gestion sanitaires à tous les échelons. Le système d'information sera conçu en fonction de la situation et de l'environnement du pays. Le projet, qui doit durer deux ans et consistera à mettre à l'essai et à évaluer le système envisagé, regroupe un comité directeur et un groupe de travail sur les systèmes d'information. Le comité directeur, qui a à sa tête le Directeur général de la Santé et se compose des chefs des divisions techniques et administratives du Ministère, est chargé d'élaborer le système d'information, avec l'aide du groupe de travail. Les étapes de conception et d'analyse de systèmes sont maintenant terminées, et l'on met actuellement au point les détails concrets du système. Viendra ensuite l'étape de développement, qui consistera à améliorer la conception technique par des méthodes de simulation. Ces différentes étapes s'achèveront à la fin de 1976 et, l'année suivante, le système sera mis à l'essai et évalué. Une fois tous les essais terminés, le système devrait pouvoir être appliqué au pays entier au début de 1978.

Le D<sup>r</sup> TRAN NGOC DANG (République socialiste du Viet Nam) décrit l'organisation sanitaire de son pays, centrée sur un vaste réseau médical de base qui dessert sur place la population rurale, c'est-à-dire 80% des habitants. Toutes les communes - une commune englobe plusieurs villages - disposent actuellement de leur infirmerie/maternité, composée en principe d'une infirmerie de cinq à dix lits, d'une maternité de cinq lits et d'un dépôt de médicaments. Le personnel de ces postes varie suivant la densité de la population : il comprend un ou deux médecins aux pieds nus, une accoucheuse et deux ou trois infirmières. Un certain nombre de communes disposent déjà des services de docteurs en médecine, et la plupart ont leur jardin de plantes médicinales, qui leur permet de préparer sur place les médicaments. Ces postes ruraux donnent des soins d'urgence, appliquent des mesures prophylactiques, propagent les préceptes d'hygiène et veillent à la protection de la mère et de l'enfant; elles bénéficient de l'aide d'agents bénévoles (agents sanitaires, activistes d'hygiène, membres de la Croix-Rouge).

A l'échelon du district, on trouve un hôpital polyvalent de 50 à 100 lits, un dispensaire de cinq ou six sections, qui dirige le travail prophylactique et épidémiologique, la lutte contre les maladies sociales, la planification familiale, etc.; un comptoir d'Etat de produits pharmaceutiques, qui livre des médicaments à l'hôpital de district et aux dépôts communaux, et une section locale de l'Association de médecine traditionnelle.

Ce réseau est renforcé aux échelons provincial et central par des centres de cure et des instituts hautement spécialisés.

Le personnel sanitaire communal provient de familles paysannes de la région même et est formé à l'école secondaire de médecine de province; les écoles supérieures de médecine ont commencé à former les premiers médecins communaux. L'édification de ce réseau sanitaire rural est un véritable succès. Il représente un témoignage vivant de la sollicitude du Parti et du Gouvernement envers tous les travailleurs du pays.

M. SAFITOA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) remercie les délégués de l'avoir élu à la Vice-Présidence et félicite le Directeur régional pour son rapport exhaustif. L'importance qu'attache le Gouvernement de Papouasie-Nouvelle-Guinée à l'établissement d'un système complet de soins de santé primaires se reflète dans le plan quinquennal d'action sanitaire du pays. On a insisté sur la création de centres de santé ruraux, puisque l'essentiel de la population vit dans les campagnes. La centralisation sous forme de grands hôpitaux s'est révélée dénuée d'efficacité, car les ressources limitées empêchent de donner à ces établissements tout le personnel dont ils ont besoin. Le plan accorde également la priorité au lancement d'un programme global de formation de travailleurs paramédicaux, chose essentielle pour que des services de santé puissent être dispensés à la population rurale.

Le D<sup>r</sup> PHIMPACHANH (République démocratique populaire lao) explique que dès sa naissance, la République démocratique populaire lao, proclamée le 2 décembre 1975, s'est attachée à panser les blessures causées par trente années d'hostilités, à recaser des centaines de milliers de déracinés et à réparer les séquelles de la guerre. C'est à juste titre que le Directeur régional a mis l'accent sur le développement des services de santé et en particulier sur les soins de santé primaires. La délégation lao approuve entièrement les considérations émises par le Directeur régional au sujet de la formation du personnel de santé; quant à la programmation sanitaire, elle a représenté pour le Laos une très fructueuse expérience. Le D<sup>r</sup> Phimpachanh conclut en remerciant les Etats Membres et les organisations internationales de l'aide prêtée à son pays, et en soulignant que la collaboration avec l'OMS s'est révélée particulièrement précieuse.

Le D<sup>r</sup> KYONG SHIK CHANG (République de Corée) félicite le Président et les membres du Bureau de leur élection et remercie le Directeur régional de son rapport, que la délégation de la République de Corée approuve entièrement. Le Gouvernement remercie l'OMS de l'aide précieuse qu'elle apporte à ses programmes de santé. La République de Corée a beaucoup progressé ces dernières années sur le plan économique. Entre 1962 et 1975, elle a atteint un taux moyen de croissance économique de 9% par an, devenant ainsi pratiquement autonome. Dans le quatrième plan quinquennal de

développement économique, qui couvre la période 1977-1981, la priorité sera donnée aux questions suivantes: amélioration de l'environnement grâce à la lutte contre la pollution, le développement de l'approvisionnement en eau et l'amélioration des méthodes de traitement des eaux usées; renforcement des services de santé grâce à l'amélioration des soins dispensés aux groupes à faible revenu; enfin, prévention et lutte contre la maladie. L'Institut coréen de développement sanitaire, créé en 1976, fera des recherches et procédera à des évaluations pour mettre au point des mesures et des méthodes efficaces pour l'élaboration des politiques nationales d'action sanitaire. L'Institut fera des études en collaboration avec d'autres établissements de recherche du pays et de l'étranger et mènera, à la demande du Gouvernement, des projets de recherche sur les prestations sanitaires.

Le Gouvernement de la République de Corée est reconnaissant à l'OMS de la coopération fournie par le passé, et il espère qu'elle se poursuivra. Il continuera pour sa part à promouvoir la coopération internationale dans le domaine de la santé publique et dans d'autres secteurs d'intérêt commun pour tous les autres pays ou zones de la Région du Pacifique occidental et pour le monde entier.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) tient lui aussi à féliciter le Directeur régional pour la présentation de son rapport. Consciente du problème de la spécialisation en médecine, la Nouvelle-Zélande vient d'instituer un système de formation financé par le Gouvernement pour permettre à de jeunes internes d'hôpitaux de recevoir une formation dans des cabinets de généralistes agréés. D'autre part, un système subventionné a été mis sur pied afin de permettre à des médecins de zones rurales de recruter des infirmières pour les seconder; les médecins des zones urbaines ayant demandé des services analogues, le système leur a également été appliqué.

La population de la Nouvelle-Zélande vieillit et c'est pourquoi le Dr Christmas approuve la proposition du Représentant de la Malaisie tendant à ce que les services nationaux de santé s'occupent des personnes âgées. Le Gouvernement de la Nouvelle-Zélande insiste tout particulièrement sur la surveillance épidémiologique; comme l'a justement dit le Directeur régional, il faut renforcer et coordonner les services de laboratoires hospitaliers. En Nouvelle-Zélande, les laboratoires des hôpitaux reçoivent des subventions pour entreprendre des travaux de santé publique, et l'on développe actuellement le National Health Institute à Wellington pour en faire un laboratoire de référence pour la microbiologie, la toxicologie et la biochimie clinique, sur le modèle du Center for Disease Control, à Atlanta, aux Etats-Unis d'Amérique, et du Central Public Health Laboratory, à Londres (Colindale), au Royaume-Uni.

Quant aux services de santé dans leur ensemble, le Gouvernement de la Nouvelle-Zélande est conscient qu'il faut dresser un plan d'avenir pour les personnels médicaux, et une conférence-atelier a été organisée récemment en vue de revoir les besoins en personnels médicaux pour les prochaines années. A la suite du changement de gouvernement en 1975, le programme théorique de réaménagement des services de santé a été revu et un Livre

blanc publié. Une révision est considérée comme une urgente nécessité, et un comité consultatif spécial pour les services de santé a été créé. Secondé par une unité de recherche sur les services de gestion, il formulera un programme nouveau qui devrait déboucher sur des services de santé intégrés et complets.

Le D<sup>r</sup> NICHOLSON (Royaume-Uni) félicite le Directeur régional de son rapport extrêmement bien équilibré, qui met en lumière les priorités essentielles. Comme d'autres orateurs l'ont dit avant lui, il faut insister sur les soins de santé primaires. Mais, tout en approuvant entièrement l'idée selon laquelle la collectivité doit fournir sa participation et les travailleurs de santé communautaires doivent être désignés par les villageois eux-mêmes, car il faut éviter d'imposer d'en haut des services de santé, le D<sup>r</sup> Nicholson estime qu'il ne faut pas négliger l'importance du médecin de district, qui dirige l'équipe sanitaire de district et joue un rôle important dans l'encadrement, la formation, le recyclage et l'acheminement des malades vers des services spécialisés. Il ne faut pas non plus oublier le rôle des médecins traditionnels, en particulier là où il existe des contraintes sur le plan des personnels et des ressources. On peut obtenir d'excellents résultats - et certains pays ou zones de la Région l'ont fait - en formant conjointement des spécialistes de la médecine traditionnelle et occidentale.

Le D<sup>r</sup> SENILAGAKALI (Fidji) se reportant à la deuxième partie du rapport, page 87 (troisième paragraphe) remercie le Directeur régional d'avoir attiré l'attention sur le fait que la malnutrition constitue un problème majeur à Fidji. Ce problème a pris de l'ampleur ces dernières années à cause de l'urbanisation de la population d'origine rurale. Il faut se féliciter de ce que le Programme alimentaire mondial, en collaboration avec le Ministère de la Santé de Fidji, se prépare à entreprendre en 1977 un programme de distribution gratuite de lait pendant cinq ans, représentant un montant de US\$ 5 millions. D'autre part, l'Agency for International Development des Etats-Unis doit, avec le Ministère de la Santé, lancer en 1977 un projet d'un montant de US\$ 500 000 pour combattre la malnutrition.

Le Dr DOS REMEDIOS (Portugal) souligne que son Gouvernement attache une grande importance au programme de bourses d'études ainsi qu'aux programmes inter-pays pour le développement des personnels de santé, car les territoires dont il est responsable manquent de personnel de santé. Il est prévu de demander une aide plus importante dans ce domaine à l'avenir.

M. SAFITOA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) exprime ses remerciements pour les onze projets auxquels l'OMS collabore en Papouasie-Nouvelle-Guinée et félicite le Directeur régional d'avoir mis l'accent sur la prestation de soins fondamentaux à la base. La Papouasie-Nouvelle-Guinée accorde la priorité au développement des services de santé pour la population rurale.

Le Dr FAAIUASO (Samoa-Occidental) note avec satisfaction que le Directeur régional a accordé une attention spéciale au problème de la filariose. Le Samoa-Occidental est une zone pilote pour les activités de l'OMS en matière de lutte contre la filariose, et l'Organisation ainsi que le FISE ont consacré des ressources considérables à la lutte contre cette maladie ces dix dernières années. Comme il est dit dans le rapport, l'indice microfilarien a récemment accusé une augmentation. Pour le faire diminuer, il faudra repérer et soigner tous les cas, et le Dr FAAIUASO espère que l'OMS collaborera à cette tâche.



Le Gouvernement du Samoa-Occidental est prêt à fournir toute la coopération possible au projet prévu dans le pays par l'OMS en matière de recherche sur la filariose.

Le DIRECTEUR REGIONAL, répondant à la question soulevée par le Représentant de l'Australie à propos des crédits du PNUD, attire l'attention sur le tableau de la page 73 de son rapport, où figurent les dépenses engagées au titre des crédits du PNUD jusqu'en 1975. En 1976, des programmes prévus pour un montant de US\$ 94 000 ont dû être supprimés, tandis que des activités éminemment prioritaires représentant un montant de US\$ 128 000 ont dû être transférées au budget ordinaire de l'OMS. L'ensemble des réductions de crédits du PNUD pour la Région s'élève à quelque US\$ 222 000. En 1977, il y aura un déficit de US\$ 80 000 au titre des activités de formation d'enseignants pour les personnels de santé. Peut-être le représentant du PNUD à Manille pourra-t-il donner de plus amples informations lorsqu'il s'adressera au Comité à l'occasion de l'examen du point 18 de l'ordre du jour.

Pour répondre à une autre question posée par le Représentant de l'Australie, le Directeur régional fait observer que si une priorité peu élevée est accordée dans la Région à la lutte contre les maladies chroniques telles que le cancer et les maladies cardio-vasculaires, c'est parce que l'ensemble des Etats Membres, et non pas l'OMS, le veut ainsi. Il reconnaît qu'il faudrait étudier plus soigneusement ce groupe de maladies. Il serait également souhaitable d'accorder plus d'attention aux maladies transmises par voie sexuelle et à la nutrition.

Le Directeur régional se félicite des progrès évoqués par le Représentant de la Malaisie à propos de la mise en place du système d'information sanitaire dans ce pays. Il espère que des travailleurs d'autres pays ou zones de la Région pourront se rendre en Malaisie pour tirer parti de cette expérience.

Enfin, il tient à remercier les représentants des mots aimables qu'ils ont eus pour lui à propos de son rapport. S'il a pu faire état de tels résultats, c'est essentiellement grâce aux efforts du personnel de la Région, en particulier celui qui travaille pour les projets.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT prie les Rapporteurs de rédiger une résolution appropriée. (Pour l'examen du projet de résolution, voir la troisième séance, section 1.1.)

7. AFFECTATION ET GESTION DES RESSOURCES DE L'OMS AUX NIVEAUX REGIONAL ET NATIONAL : Point 10 de l'ordre du jour (document WPR/RC27/4)

Le DIRECTEUR REGIONAL informe le Comité que le document WPR/PC27/4 expose de façon détaillée des propositions visant à améliorer les modalités d'établissement du budget programme à partir de la notion de programmation par objectif et de budgétisation par programme. Si le Comité approuve les propositions avancées, une nouvelle forme de présentation budgétaire sera introduite dans le projet de budget programme pour 1980-1981.

En 1978, le Comité, au lieu d'être saisi d'un document contenant des propositions établies pour des projets jusque dans leur moindre détail, comme c'est le cas pour le document WPR/RC27/2 (projet de budget programme pour les exercices financiers 1978 et 1979) qu'il va examiner ultérieurement au cours de la présente session, sera saisi d'un résumé sous forme d'exposés descriptifs sur les programmes par pays définissant les grandes tendances, objectifs et modalités d'action des programmes, accompagnés d'un chiffre de planification pour chaque pays ou zone ventilé par grand programme ou domaine de collaboration. La programmation proprement dite devra être faite par les pays eux-mêmes au début de 1978. Ce n'est que l'année précédant immédiatement la période d'exécution que les grandes propositions de programme seront établies de façon détaillée en termes de ressources humaines, de fournitures, de matériel, etc. Des plans d'opération pour des activités précises auront été dressés avec les autorités nationales et examinés entretemps, tandis que le dialogue se poursuivra avec les autorités nationales au cours de la période d'exécution dans le cadre de la gestion et de l'évaluation continues.

Le Dr FAAIUASO (Samoa-Occidental) est en faveur de la méthode proposée et constate avec satisfaction que la politique de l'OMS est désormais axée non plus sur les projets mais sur les programmes. Il aimerait avoir d'autres détails sur la façon dont on obtiendra les différents "chiffres de planification par pays".

Le Dr EVANS (Australie) fait observer que certaines parties du texte anglais du document WPR/RC27/4 sont extrêmement difficiles à comprendre. Mais, dans l'ensemble, il s'agit d'un document utile et il reconnaît que le type d'exposés de planification envisagé sera plus compréhensible pour les représentants. Cette approche axée sur les programmes est une innovation judicieuse. Néanmoins, comme certains projets chevauchent deux périodes biennales, il importe de connaître leurs coûts pour l'avenir suffisamment tôt pour pouvoir évaluer les ressources disponibles pour de nouveaux projets.

Le nouveau système risque de compliquer les mécanismes financiers de l'OMS; peut-être serait-il souhaitable que le Comité régional établisse un groupe de travail chargé de faire des enquêtes dans certains secteurs du programme. Mais, pour le reste, la délégation de l'Australie appuie les propositions faites.

Le D<sup>r</sup> KYONG SHIK CHANG (République de Corée) estime que la présentation budgétaire proposée est réaliste, et il est en faveur de la mise en place de ce nouveau système.

Le Dr MAJID (Malaisie) est tout à fait conscient des problèmes rencontrés par l'OMS dans la gestion de la coopération au niveau national. La Malaisie a participé avec l'OMS à la mise au point du nouveau système de budget programme. Au bout de cinq années d'efforts acharnés, le projet d'analyse de systèmes, s'il n'a pas donné la réponse finale, a tout au moins indiqué des approches nouvelles.

Le Gouvernement de Malaisie pense lui aussi que le budget programme de l'OMS doit avoir pour base la programmation par objectif et la budgétisation par programme. Il est probable que des problèmes de mise en oeuvre se poseront, mais ils ne devraient pas être insurmontables. Dans la pratique, il faudra tenir compte des cycles budgétaires des Etats Membres, qui ne correspondent pas au cycle de l'OMS; ainsi, la Malaisie possède un cycle annuel dans le cadre d'un plan quinquennal.

En Malaisie, le plan national d'action sanitaire est intégré dans les plans nationaux d'ensemble et il est conçu pour compléter et étayer les politiques et objectifs généraux du gouvernement. Le système que l'OMS s'attache à mettre au point est semblable à celui qu'applique actuellement la Malaisie, laquelle est prête à apporter une aide ou faire part de son expérience pour la mise en oeuvre du système nouveau.

Le Dr PHIMPACHANH (République démocratique populaire lao) indique que son pays devra mener à bien d'importants programmes d'ici 1980. Il s'agit, premièrement, d'assurer l'accès aux soins à l'ensemble de la population, notamment aux masses laborieuses et aux différentes minorités ethniques, en mettant l'accent sur les soins communautaires, et, deuxièmement, de produire des médicaments dans le pays même, en mettant sur pied, pour commencer, des laboratoires préparant des sérums tant salés que glucosés qui constituent la base des produits pharmaceutiques fabriqués à l'échelle artisanale et industrielle.

Le Dr KING (Etats-Unis d'Amérique) félicite le Directeur régional de la façon directe dont il a abordé la planification nationale à long terme et de la proposition tendant à intégrer les plans dans le cycle budgétaire de l'OMS deux ans à l'avance. La distinction entre la coopération et l'assistance est une bonne chose, et il est juste de souligner que la coopération représente la tâche véritable de l'OMS. Il faut espérer que les exposés descriptifs de programmes dans les pays seront clairs et bien rédigés. Il faudrait inclure d'une façon ou d'une autre un cadre chronologique pour les programmes, de même qu'il faudrait avoir une idée de ce que le pays ou la zone concerné s'engage à faire pour appuyer le programme.

Le Dr King note qu'il n'est pas envisagé de présenter des activités détaillées et des listes de projet dans les budgets programmes; mais, à mesure que les programmes progresseront, il sera indispensable de donner ces renseignements pour permettre au Comité régional de procéder à une évaluation. Il souhaite instamment que l'on donne relativement tôt au cours de l'élaboration du programme, une idée de la ventilation prévue pour les crédits alloués par l'OMS et par le pays au personnel, aux bourses d'études et aux frais de voyage. Ceci ne devrait pas amoindrir la souplesse du procédé mais empêcher des dépenses excessives pour l'OMS en crédits, en fournitures et en matériel. Les grands secteurs de programme définis initialement devraient être progressivement élaborés au cours de deux années de discussion avec les gouvernements de façon que puissent être établis des projets bien définis avec des chiffres précis. (Voir la suite de la discussion à la deuxième séance, section 1.)

La séance est levée à 11 h 55.