



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-dix-neuvième session

Point 12 de l'ordre du jour provisoire



RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL SUR L'ACTIVITE DE L'OMS EN 1986

et

RAPPORT DE SITUATION SUR LA STRATEGIE MONDIALE DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000

Le présent rapport du Directeur général au Conseil exécutif sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 a été combiné au rapport succinct qu'il présente les années impaires à l'Assemblée de la Santé et qui couvre les problèmes et événements importants intéressant les programmes de l'OMS au cours de l'année écoulée (résolution WHA28.29).

Ce rapport contient une sélection des travaux de l'OMS au cours de la première année du présent exercice biennal, placés dans la perspective de l'instauration de la stratégie de la santé pour tous. Il sera mis à jour pour tenir compte des activités importantes entreprises au cours des deux derniers mois de 1986, avant d'être présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1987.

Table des matières

	<u>Pages</u>
I. INTRODUCTION .....	2
II. POLITIQUES, STRATEGIES ET PLANS D'ACTION POUR LA SANTE .....	2
III. DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE .....	5
Organisation d'un système de santé fondé sur les soins de santé primaires .....	5
Processus gestionnaire, y compris l'appui à l'information .....	7
Développement des personnels de santé .....	9
Engagement communautaire .....	11
Coordination intersectorielle .....	12
IV. COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES .....	13
Education pour la santé .....	13
Alimentation et nutrition .....	14
Eau saine et assainissement de base .....	16
Santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale .....	17
Vaccination contre les principales maladies infectieuses .....	19
Lutte contre les maladies endémiques au niveau local .....	20
Prévention et traitement des maladies et traumatismes courants .....	22
Médicaments essentiels .....	23
Autres composantes .....	24
V. TECHNOLOGIE APPROPRIEE ET DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE .....	26

	<u>Pages</u>
VI. MOBILISATION DES RESSOURCES .....	28
VII. COOPERATION INTERPAYS .....	29
VIII. COOPERATION ENTRE L'OMS ET LES AUTRES ORGANISATIONS INTERNATIONALES .....	31
IX. CONCLUSION .....	33

## I. INTRODUCTION

1. Le présent rapport du Directeur général combine son rapport au Conseil exécutif sur la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (résolution WHA34.36) et son rapport succinct à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès marquants des programmes de l'OMS pendant l'année paire écoulée (résolution WHA28.29). Tout en mettant l'accent sur les activités de l'OMS en 1986, le rapport s'efforce de refléter l'avancement de la stratégie dans les Etats Membres. Ainsi, les activités de l'Organisation ne sont que des instruments dont l'utilité et l'efficacité doivent être déterminées en fonction des progrès réalisés par les Etats Membres sur la voie de leur but collectif.

2. Le rapport ne vise pas à couvrir toutes les activités de l'OMS dont certaines seront relatées de manière plus détaillée dans le rapport biennal du Directeur général sur l'activité de l'OMS en 1986-1987.

## II. POLITIQUES, STRATEGIES ET PLANS D'ACTION POUR LA SANTE

3. En mai 1986, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a examiné et approuvé, dans sa résolution WHA39.7, le rapport mondial sur l'évaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000.<sup>1</sup> Cent quarante-six Etats Membres ont présenté des rapports sur l'évaluation de leurs stratégies nationales, en réaffirmant leur engagement en faveur de l'objectif de la santé pour tous. L'évaluation a mis l'accent sur les défis qui restaient à relever pour les Etats Membres et pour l'OMS au cours des 15 dernières années du siècle. L'Assemblée a instamment invité les Etats Membres<sup>2</sup> à utiliser pleinement leur rapport d'évaluation pour orienter encore davantage leur politique nationale de santé et leur processus de développement sanitaire vers l'objectif de la santé pour tous et à faire participer les décideurs, les responsables communautaires, les agents de santé, les organisations non gouvernementales et des gens de tous états et conditions à la réalisation des objectifs sanitaires nationaux. L'Assemblée a souligné la nécessité pour eux de poursuivre avec énergie l'action visant à renforcer la gestion du système de santé fondé sur les soins de santé primaires et de privilégier tout particulièrement les systèmes de santé de district, en se fixant des cibles pour la mise en oeuvre intégrée des composantes essentielles des soins de santé primaires.

4. La Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a également décidé<sup>2</sup> de modifier le plan d'action pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous en instituant des intervalles de trois ans, au lieu de deux, pour la présentation des rapports sur la surveillance de la stratégie, afin de donner aux pays plus de temps pour renforcer leur processus national de surveillance et d'évaluation ainsi que l'appui informationnel connexe. Un cadre commun a été mis au point pour les rapports futurs sur la surveillance de la stratégie, compte tenu des observations et suggestions présentées par les pays et les bureaux régionaux. Les bureaux régionaux ont également entrepris une action visant à renforcer les bases de données régionales sur les indicateurs de la santé pour tous à l'appui de la surveillance et de l'évaluation.

<sup>1</sup> Document A39/3 (qui sera publié comme premier volume du septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde).

<sup>2</sup> Résolution WHA39.7.

5. Les répercussions de la crise économique très étendue sur les perspectives de développement socio-économique d'une grande majorité de pays en développement sont devenues un sujet de profonde préoccupation; l'OMS a ainsi été amenée à intensifier la recherche de nouveaux moyens de mobiliser des ressources pour la santé, notamment par un engagement plus actif des communautés et des organisations privées et non gouvernementales. A sa soixante-seizième session, le Conseil exécutif a choisi pour les discussions techniques qui auront lieu à la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé le sujet "Des stratégies économiques pour appuyer les stratégies de la santé pour tous", qui a été modifié à la soixante-dix-huitième session pour devenir "Soutien économique aux stratégies nationales de la santé pour tous". Les préparatifs en vue de ces discussions ont commencé en 1986 par des études sur les efforts accomplis dans un certain nombre de pays en vue de la planification financière, de la fixation des coûts des plans de santé, de la gestion financière, de la mobilisation des ressources et de la détermination des incidences politiques du financement du secteur de la santé. L'OMS a fourni un appui technique au Cameroun, au Costa Rica, à l'Indonésie, au Nigéria, à la Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Zimbabwe pour la planification financière et la formulation de politiques en vue du financement du secteur de la santé.

6. Il est encourageant de constater que certains pays ont commencé à saisir l'occasion que leur donne l'évaluation de leurs stratégies pour renforcer encore et réorienter leurs efforts de développement sanitaire. Des ateliers nationaux et régionaux ont permis dans certains cas de réunir divers hauts responsables pour examiner les résultats de l'évaluation ainsi que des actions nationales spécifiques en vue de la mise en oeuvre des stratégies nationales.

7. Dans la Région africaine, afin d'apporter un appui plus direct et effectif, trois bureaux sous-régionaux de développement sanitaire décentralisés ont été créés. Une série d'ateliers a été organisée au Malawi pour préciser le plan sanitaire national et engager une coopération intersectorielle pour sa mise en oeuvre. Au Nigéria, une orientation a été fournie pour la mise au point du processus national de planification sanitaire et une série d'ateliers a eu lieu pour formuler les plans des Etats qui serviront de base au plan national.

8. En 1986, les pays de la Région des Amériques ont voué leur attention à une définition plus précise des ressources et à leur affectation à des actions plus efficaces. La vingt-deuxième Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 1986 a décidé que l'effort de l'Organisation au cours des quatre prochaines années devait porter sur le renforcement de l'infrastructure des services de santé ayant pour base les soins de santé primaires, et sur la réduction des problèmes de santé prioritaires chez les groupes vulnérables avec des actions spécifiques prises dans le cadre du système des services de santé. Pour assurer un appui coordonné et intensifié aux Etats Membres, un nouveau programme de développement des politiques sanitaires a été mis sur pied au Bureau régional. Les principales composantes de ce programme sont les suivantes : analyses des politiques, planification et action intersectorielles, organisation et législation sectorielles, économie et financement de la santé, développement de la technologie sanitaire. Un forum sur les systèmes de santé nationaux à Caracas, en novembre 1986, réunira les représentants des pouvoirs exécutif et législatif de plusieurs pays des Amériques qui analyseront les problèmes et perspectives concernant la constitution de systèmes de santé nationaux dans la Région.

9. Les résultats de l'évaluation des stratégies de la santé pour tous ont été utilisés dans la formulation de plans de développement socio-économiques à moyen terme au Bangladesh, au Bhoutan, en Inde, en Indonésie, aux Maldives et en Thaïlande. La sixième réunion des Ministres de la Santé de la Région de l'Asie du Sud-Est qui a eu lieu en septembre 1986 a décidé d'appliquer résolument les stratégies nationales, de continuer à mettre sur pied une masse critique de promoteurs de la santé pour tous dans chaque pays et de diffuser les concepts et les valeurs à tous les niveaux d'influence. Les Etats Membres de la Région sont également en train d'organiser des ateliers nationaux pour intensifier les soins de santé primaires et préparer les plans d'action avec des cibles et un calendrier précis.

10. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a organisé des séances d'information à l'intention des hauts responsables nationaux du secteur de la santé et des secteurs connexes qui ont également examiné les moyens d'améliorer la mise au point et l'examen des programmes communs gouvernements/OMS afin de continuer d'appuyer les stratégies nationales. Une réunion

régionale chargée d'examiner l'utilisation des conclusions pour l'évaluation des stratégies nationales de la santé pour tous réunira en novembre les hauts responsables politiques et gestionnaires nationaux qui envisageront les moyens d'accélérer les interventions dans les domaines clés identifiés.

11. Un nombre croissant de pays de la Région européenne mettent sur pied des politiques sanitaires nationales dans le cadre de la politique sanitaire européenne fondée sur les 38 buts régionaux. Le quatrième séminaire annuel européen sur la santé pour tous destiné aux principaux administrateurs de la santé publique, qui a eu lieu en Irlande en août 1986, a examiné l'évolution intervenue dans pas moins de 20 pays; 13 pays se sont fermement et officiellement engagés à réévaluer leur politique nationale de santé et sept autres se préparent à atteindre le même niveau d'engagement. De nombreuses organisations intergouvernementales et non gouvernementales dans le domaine de la santé et dans les domaines connexes ont également participé à la mise au point de politiques. Plusieurs pays ont traduit dans la langue nationale la stratégie régionale et d'autres matériels de la santé pour tous afin de faciliter un plus large engagement communautaire à l'effort de promotion nationale; beaucoup ont manifesté leur intérêt pour associer la mise au point de politiques nationales aux programmes de collaboration à moyen terme avec le Bureau régional. Des rapports sur la politique nationale ont été établis en Finlande, en Hongrie, en Irlande, aux Pays-Bas, en Pologne, en Suède et en Yougoslavie et sont en train de l'être au Danemark, à Malte et en Norvège.

12. Dans la Région du Pacifique occidental, l'évaluation des stratégies nationales aboutit à une mise en oeuvre plus efficace des programmes, à un renforcement de la capacité gestionnaire grâce à la possibilité d'acquérir une expérience pratique et des connaissances, ainsi qu'à une meilleure prise de conscience des coûts par les autorités sanitaires. L'appui de l'OMS aux pays est renforcé par un certain effort de restructuration et de développement des personnels. Plusieurs pays procèdent à un réexamen de leur législation afin d'assurer qu'elle réponde bien aux objectifs nationaux de la santé pour tous et aux besoins de la situation actuelle.

13. Conscient de la nécessité de disposer de promoteurs bien informés et résolus pour réduire le décalage entre la politique et l'action, le Directeur général a lancé dans son introduction au projet de budget programme pour 1986-1987 une nouvelle initiative tendant à constituer une masse critique de "chefs de file de la santé pour tous". Une équipe mondiale pluridisciplinaire (composée de membres des Régions) a été chargée de mettre au point une stratégie et un plan d'action initial. L'équipe a clarifié la base conceptuelle de l'initiative et mis au point une stratégie et un plan d'action initial pour 1986-1987.

14. L'initiative met l'accent dans un premier temps sur les responsables politiques et les cadres supérieurs de la santé et des secteurs connexes dans les pays, sur les instituts de formation et les organisations non gouvernementales pertinentes ainsi que sur les personnels de l'OMS, en particulier les représentants de l'OMS dans les pays et les administrateurs principaux de programmes. Les grandes approches suivies consistent notamment à organiser des discussions avec les promoteurs, afin d'échanger des données d'expérience sur des visites de terrain en créant un réseau de ressources et de soutien, à assurer un soutien ciblé au niveau des pays et à identifier des jeunes professionnels présentant des qualités de chef en appuyant les mécanismes voulus pour développer leurs aptitudes.

15. L'initiative a été accueillie avec enthousiasme par les comités régionaux, les pays, les associations professionnelles et les instituts de formation. Dans la plupart des bureaux régionaux, des équipes spéciales ont été constituées pour mettre au point des plans régionaux en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS. En 1986, trois colloques internationaux sur la promotion et la coopération technique entre les pays en développement (CTPD) pour la santé pour tous ont été organisés, à Brioni (Yougoslavie), à Cuba et en Thaïlande. Plus de 150 hauts responsables nationaux de la santé et des secteurs connexes et de l'enseignement d'une trentaine de pays ont participé à ces colloques. Certains pays (Botswana, Chine, Ethiopie, Thaïlande et Yougoslavie) ont entrepris des activités visant à renforcer la promotion au niveau du district et de la communauté. En avril 1986, un séminaire international sur la promotion dans les soins infirmiers pour la santé pour tous a eu lieu à Tokyo; 25 hauts responsables des soins infirmiers et de l'administration de la santé de 20 pays ont examiné le rôle des infirmières comme promoteurs et formulé des recommandations spécifiques pour renforcer ce rôle.

16. Une stratégie pour le développement et le soutien des réseaux de ressources - composante importante du développement de la promotion de la santé pour tous - vise à assurer l'échange d'informations (et/ou de ressources) afin d'appuyer les institutions et les particuliers dans les pays. Un dialogue interrégional à l'Institut national de la Santé et du Bien-Etre de la Famille à New Delhi, qui a réuni en août 1986 40 participants des Régions de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, a exploré les questions et les stratégies de développement de la promotion, examiné des matériels d'apprentissage spécifiques et proposé d'autres mesures pour le développement des réseaux de ressources. Une information et une documentation abondantes sur le développement de la promotion de la santé pour tous ont été établies et l'une des principales tâches au début de 1987 consiste à les adapter pour qu'elles puissent être utilisées par les bureaux régionaux, les institutions intéressées et les pays.

17. La collaboration avec la Banque mondiale et le Pew Memorial Trust visant à aider les pays en développement à formuler des politiques sanitaires pour l'utilisation efficace des ressources a abouti à la mise au point d'un programme international de politique sanitaire pour la période 1987-1989. Le programme fournira un appui financier et technique aux responsables politiques et aux analystes et débouchera sur des études analytiques présentant pour eux une utilité pratique, ce qui facilitera leur avancement et renforcera les relations entre eux. Le Pew Memorial Trust a approuvé l'octroi d'une subvention de US \$3,5 millions au programme 1987-1990 qui sera exécuté avec la collaboration technique de l'OMS et de la Banque mondiale. Dans un premier temps, les activités intéresseront surtout l'Afrique et l'Asie.

18. La préparation d'une documentation pour le huitième programme général de travail a commencé en 1986 par des discussions aux soixante-dix-septième et soixante-dix-huitième sessions du Conseil exécutif. En octobre 1986, le Comité du Programme du Conseil exécutif a assuré la mise au point définitive de la documentation à soumettre à la soixante-dix-neuvième session du Conseil exécutif en janvier 1987. Conformément aux résolutions EB75.R7 et WHA38.11, des politiques régionales en matière de budget programme ont été ou sont en train d'être préparées pour être soumises aux six comités régionaux. A la suite de la première vérification financière en termes de politiques et de programmes entreprise dans un pays de la Région européenne en 1985, il a été procédé à des vérifications similaires dans la Région africaine et dans celles de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. L'expérience acquise a servi de base à un protocole pour des vérifications régulières de ce type dans le cadre du processus gestionnaire pour la mise au point des programmes de l'OMS, afin de mieux rendre compte de l'utilisation des ressources de l'OMS aux Etats Membres.

### III. DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

#### Organisation d'un système de santé fondé sur les soins de santé primaires

19. Une infrastructure faible et une gestion médiocre entravent sérieusement les efforts faits par de nombreux Etats Membres pour étendre la couverture et l'utilisation des soins de santé primaires (SSP) tant dans les campagnes que dans les villes. En évaluant l'organisation générale de l'infrastructure des systèmes de santé à tous les niveaux et en examinant la mise en oeuvre d'éléments choisis des SSP dans le contexte des profils épidémiologiques nationaux, les examens des soins de santé primaires dans plusieurs pays de la Région africaine et de celles de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale effectués conjointement par les pays et par l'OMS ont permis de mettre en lumière des contraintes spécifiques nécessitant une action concertée des autorités nationales. Les rapports de suivi de certains pays (Egypte, Ethiopie, République-Unie de Tanzanie, Zambie) montrent que des progrès ont été faits dans l'application de cette action. Dans la Région du Pacifique occidental, il a été procédé à une évaluation interpays et à neuf évaluations nationales des SSP. Un atelier en Chine a également examiné les réalisations des quatre centres collaborateurs pour les SSP ainsi que celles de neuf autres pays. Un autre atelier sur le renforcement des SSP au Pacifique Sud à l'intention des participants de 11 pays a eu lieu à Vanuatu. Dans toutes ces activités d'évaluation, les responsables nationaux ont procédé à une appréciation des progrès accomplis, identifié les contraintes et tracé la voie à suivre dans un proche avenir.

20. En appuyant les efforts des pays visant à renforcer ou à réorienter leurs systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires, l'OMS a mis l'accent sur les ministères de la

santé, leur organisation et leurs systèmes de soutien, le renforcement des systèmes de santé de district, les hôpitaux et les services de santé en milieu urbain. Depuis 1982, l'OMS et DANIDA ont continué d'appuyer des initiatives pour mettre au point une méthodologie visant à encourager les administrateurs nationaux des systèmes de santé à adopter une approche analytique de la structure et des processus de leur propre système. Un soutien est apporté aux plans d'action de 14 pays dans des domaines tels que la décentralisation, l'action intersectorielle, la réorientation des personnels et la restructuration des ministères de la santé. Une compilation des données d'expérience de 27 pays en matière de décentralisation est en cours.

21. Parmi les problèmes critiques concernant la prestation des soins de santé figure l'intégration fonctionnelle des programmes et des institutions. Dans la plupart des pays, on a davantage tendance à fournir des programmes de soins de santé intégrés. L'OMS a cherché par son appui à faciliter ce processus qui porte sur l'infrastructure des systèmes de santé et sur divers programmes de science et de technologie. Plusieurs pays envisagent la possibilité d'intégrer la gestion et la prévention de maladies transmissibles (lèpre, tuberculose, infections aiguës des voies respiratoires, paludisme) et non transmissibles (hypertension, diabète sucré) spécifiques.

22. Les fournitures et les systèmes d'appui logistique posent souvent des problèmes. A la suite d'une réunion interrégionale sur la mise au point et le renforcement d'un soutien logistique aux SSP à Ottawa (Canada) en 1985, un manuel sur l'évaluation de la logistique des services de santé mettant plus spécialement l'accent sur les installations sanitaires périphériques a été publié et sera utilisé dans des pays choisis. Une réunion interrégionale sur l'entretien et la réparation du matériel de soins de santé s'est tenue au centre régional pour l'entretien du matériel à Chypre en novembre 1986. Une série de modules sont en train d'être établis pour les cours de formation sur la gestion logistique. L'OMS a collaboré avec cinq pays dans la Région du Pacifique occidental à la planification, à la conception et à la gestion des équipements sanitaires. Neuf cours nationaux succincts ont également été organisés sur l'entretien et la réparation de l'équipement biomédical.

23. L'importance du système d'orientation/recours pour les SSP continue d'être soulignée. A la suite d'une consultation interpays sur ce sujet dans la Région de l'Asie du Sud-Est en 1985, plusieurs pays ont mis au point des modèles pour l'appui à l'orientation/recours; une réunion de suivi a eu lieu au Bureau régional en août 1986 pour leur permettre d'échanger leurs données d'expérience sur l'amélioration des systèmes d'orientation/recours.

24. Un autre système de soutien qui retient davantage l'attention est celui de la législation sanitaire. Une étude des tendances de la législation sanitaire en Europe a été publiée et devrait être utilisée par les pays européens à mesure qu'ils s'efforceront de mettre au point une législation pour appuyer l'exécution des politiques de la santé pour tous. Le deuxième cours international OMS de législation sanitaire a été donné à l'Université de Montpellier (France) en septembre 1986. Dans la Région du Pacifique occidental, plusieurs pays sont actuellement en train de revoir leur législation existante afin d'assurer qu'elle réponde aux objectifs nationaux de la santé pour tous.

25. L'évaluation des stratégies nationales de la santé pour tous indique que le niveau intermédiaire du système de santé comporte de grandes faiblesses et se heurte à de nombreuses difficultés d'ordre administratif et logistique dans une majorité de pays en développement. Afin d'aider les pays à surmonter ces difficultés, l'OMS a fortement intensifié les activités visant à renforcer les systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires. Les activités ont porté sur la mise au point de matériels de formation visant à renforcer la planification et la gestion dans les systèmes de santé de district ainsi que de directives pour la réorientation des agents de santé, des dirigeants politiques et des personnels clés d'autres secteurs du développement. Une bibliographie des matériels de formation sur la gestion sanitaire de district a également été établie. Une collaboration a été engagée pour renforcer le système de santé de district avec plusieurs pays, notamment l'Indonésie et Sri Lanka dans la Région de l'Asie du Sud-Est et l'Ethiopie, le Kenya, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie dans la Région africaine. Le rôle des institutions sanitaires dans les districts est une question qui revêt une grande importance. Un document qui a été établi sur le rôle du centre de santé dans le contexte des soins de santé primaires a présenté une synthèse des

données d'expérience et des principes directeurs. Une bibliographie annotée sur les centres de santé dans les pays en développement a également été compilée. Dans les Amériques, l'accent est mis sur le renforcement des compétences d'encadrement et de formation des personnels de niveau intermédiaire; en outre, des équipes de formation régionales et de district sont renforcées afin d'appuyer le niveau du district.

26. Les soins de santé primaires dans les districts urbains sont une source de préoccupation croissante pour les pays. Une consultation interrégionale sur le sujet a eu lieu à Manille en juillet 1986 et plusieurs régions ont organisé des consultations interpays sur les SSP en milieu urbain. Plusieurs projets de pays traitant des SSP en milieu urbain ont été établis dans les grandes zones métropolitaines des Amériques comme celles de Bogotà, Buenos Aires, Caracas, Lima et Mexico.

27. Le rôle des hôpitaux dans les soins de santé primaires a beaucoup retenu l'attention dans plusieurs régions. Un des résultats de la réunion du comité d'experts sur le sujet en décembre 1985 a été la mise sur pied d'un réseau pour évaluer les moyens d'appliquer ces recommandations dans les hôpitaux collaborateurs. Dans les Amériques, un appui a été donné à des groupes professionnels à la Barbade, au Brésil, au Honduras, au Mexique et au Nicaragua pour analyser le rôle et les fonctions des hôpitaux dans les SSP et pour prendre des mesures visant à intégrer davantage les hôpitaux dans le réseau de services régionaux afin d'assurer un meilleur appui logistique, administratif et technique.

28. Les efforts au niveau mondial et régional ont porté avant tout sur l'application de la recherche sur les systèmes de santé (RSS) à l'appui de la gestion et de l'élaboration de politiques. Le programme du Directeur général pour le développement, ainsi que d'autres sources, ont appuyé des projets portant sur des questions critiques telles que l'engagement communautaire, l'utilisation des services et le fonctionnement des centres de santé. Un groupe consultatif de la recherche sur les systèmes de santé, avec des décideurs, des experts RSS et des chercheurs principaux a été organisé au Siège de l'OMS en avril 1986. Le groupe a donné son avis sur l'orientation du programme RSS et examiné les projets RSS de pays financés par le programme du Directeur général pour le développement. Le groupe consultatif formera le noyau d'un tableau d'experts RSS chargé d'appuyer et d'aider les pays. En collaboration avec le Bureau sous-régional de développement sanitaire à Harare (Zimbabwe) et l'Institut tropical royal à Amsterdam, un projet commun a été entrepris pour constituer une masse critique de chercheurs dans différents pays de la sous-région grâce au développement, à la recherche et à la formation institutionnels.

29. Dans la Région du Pacifique occidental, la RSS est l'un des instruments utilisé en Malaisie, par exemple, pour renforcer les capacités des équipes de gestion, alors qu'à Fidji la gestion est renforcée en faisant participer des représentants de différents niveaux à des projets RSS spécifiques. Dans plusieurs pays, la RSS a porté avant tout sur des questions comme la répartition des personnels sanitaires, le fonctionnement des centres de santé, l'incidence des divers barèmes d'honoraires sur l'utilisation des services, la mise au point d'un indice permettant de mesurer l'engagement communautaire et le rôle des hôpitaux de district à l'appui des SSP.

#### Processus gestionnaires y compris l'appui à l'information

30. Les Etats Membres ont continué de renforcer leurs processus gestionnaires nationaux pour le développement et l'administration de systèmes de santé fondés sur les SSP. L'OMS a souvent appuyé l'examen des processus gestionnaires et des systèmes d'information, la mise au point et l'application d'une meilleure formation à la gestion, ainsi que l'amélioration des procédures gestionnaires et de traitement de l'information. Ces efforts se sont étendus de plus en plus au niveau local et de district ainsi qu'à l'action intersectorielle.

31. Dans la Région africaine, un guide à la formation des enseignants en gestion de la santé a été mis au point et éprouvé sur le terrain dans deux ateliers accueillis par l'Institut panafricain pour le Développement. Dans la Région des Amériques, les ministères de la santé et les directeurs des établissements de sécurité sociale se sont réunis et ont choisi un certain nombre de sujets devant retenir spécialement l'attention, et notamment la planification des

personnels de santé (Costa Rica), les projets de développement de l'infrastructure (Guatemala), le renforcement des services d'entretien (El Salvador), le renforcement des fournitures et des autres services de soutien (Honduras) et le développement des systèmes d'information (Nicaragua).

32. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'Indonésie a entrepris une large étude de la couverture et des coûts des services de santé aux niveaux du district et du sous-district en mettant tout spécialement l'accent sur la formation des cadres. Au Népal, l'évaluation commune avec l'OMS de six districts entièrement intégrés a été approfondie et le Ministère de la Santé a mis au point des matériels de formation à la gestion et organisé un atelier à l'intention des hauts responsables. A Sri Lanka, on a analysé les résultats des autorités sanitaires et fixé des cibles dans le cadre d'un effort continu de décentralisation de la gestion sanitaire. La gestion des finances, des produits pharmaceutiques et du système d'orientation/recours a également été examinée.

33. Dans la Région de la Méditerranée orientale, un appui technique à la gestion a été donné pour l'analyse de l'organisation des soins de santé à Chypre, pour la formulation de plans de santé nationaux en Somalie et au Yémen démocratique, pour l'analyse de l'utilisation des ressources dans les pays à Djibouti ainsi que pour l'analyse du coût des services de santé en Jamahiriya arabe libyenne. Un appui a également été donné aux analyses des processus gestionnaires dans plusieurs pays, notamment Djibouti, l'Iran, l'Iraq, la Somalie et la Tunisie. Sept ateliers ont permis à 200 professionnels de haut niveau du secteur de la santé de mieux comprendre les processus gestionnaires pour le développement de la santé.

34. Dans la Région européenne, une consultation a eu lieu à Vienne sur la gestion de la santé pour tous dans les pays à systèmes pluralistes. La consultation a examiné la politique européenne de la santé pour tous et le processus gestionnaire nécessaire pour son application, ainsi que les domaines clefs pour la mise en oeuvre de la santé pour tous à la lumière de la situation économique actuelle et des récentes tendances des soins de santé. La consultation a proposé que des débats nationaux similaires soient préparés par les pays concernés afin d'obtenir une rétro-information pour la politique européenne de la santé pour tous et il est prévu de tenir un débat interpays sur ces questions en 1987 en République fédérale d'Allemagne.

35. Les pays de la Région du Pacifique occidental sont devenus conscients que la faiblesse de l'encadrement au niveau intermédiaire est l'une des contraintes qui entravent les progrès en vue de la santé pour tous. L'OMS a collaboré à l'évaluation de la structure institutionnelle au Brunéi Darussalam, à l'évaluation des programmes en Chine, à l'utilisation de la recherche sur les systèmes de santé et à la solution de problèmes en équipe pour le renforcement de la gestion en Malaisie, à la formation de cadres pour des programmes précis aux Iles Salomon et à la formation aux compétences générales de gestion en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Viet Nam.

36. Dans le domaine des coûts et du financement des soins de santé, de nombreuses données de toutes les régions ont été obtenues et sont progressivement réunies et publiées. Un rapport a été rédigé sur une étude récente des dépenses de fonctionnement dans le contexte du financement de la santé pour tous. Neuf études de cas nationales sur le financement communautaire ont été achevées et seront bientôt publiées. Dans les Amériques, des études sur les programmes de soins de santé dans le cadre de la sécurité sociale effectuées en Colombie, au Costa Rica, en Equateur, au Honduras et au Pérou envisagent la possibilité de réorganiser les services tout en renforçant l'appui financier. Dans la Région du Pacifique occidental, on constate un intérêt croissant pour la planification financière du secteur de la santé à l'appui de la santé pour tous. Les Iles Salomon, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines et Vanuatu sont en train d'analyser les dépenses au titre de la santé comme base pour la mise au point de plans financiers.

37. Un élan croissant est imprimé au renforcement de l'appui à l'information pour le processus gestionnaire dans la plupart des régions et des pays. Trois nouveaux centres collaborateurs OMS ont été désignés en 1986 : l'un aux Pays-Bas chargé d'appuyer la mise au point d'une classification internationale des handicaps, déficiences, incapacités et désavantages, un autre en Pologne chargé d'analyser les données sur la mortalité utilisées dans la planification de la santé et le dernier aux Etats-Unis d'Amérique pour la mise au point de matériel

de formation épidémiologique. Une réunion des chefs des centres collaborateurs OMS pour la classification des maladies s'est tenue au Japon pour examiner le deuxième projet de Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies (CIM). Un nouveau matériel de formation à la CIM a été mis au point et des cours utilisant ce matériel ont été donnés en Malaisie et à Sri Lanka.

38. A la suite de la consultation sur le sujet qui a eu lieu à Genève en décembre 1985, un rapport sur les applications de l'informatique et de la télématique à la santé a été établi en vue d'être soumis au Conseil exécutif, à sa soixante-dix-neuvième session en janvier 1987. Le quatrième séminaire international sur les applications des micro-ordinateurs à la gestion des services de santé a eu lieu à Milan (Italie) en novembre 1986 grâce aux efforts communs de l'OMS et de plusieurs établissements italiens. Ces séminaires étaient destinés aux cadres moyens qui doivent tirer le maximum des micro-ordinateurs dans le secteur de la santé publique.

39. Des directives pour les pays concernant l'analyse de la situation sanitaire, y compris la spécification des besoins minimaux en matière de données, ont été établies par le Bureau régional des Amériques. Les résultats des analyses sur la situation dans les pays sont utilisés pour définir une base afin de mesurer les progrès réalisés en vue de la santé pour tous. Un rapport sur la situation sanitaire dans les Amériques de 1981 à 1984 présente l'analyse de la situation sanitaire dans l'ensemble des 43 pays et territoires de la Région. Parmi les activités de formation pertinentes entreprises en 1986, on peut mentionner un atelier sur les statistiques, les dossiers médicaux et les systèmes de classement ainsi que l'élaboration de sept modules sur les dossiers sanitaires et médicaux.

40. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, un soutien a été apporté à la Birmanie pour la mise sur pied de services d'ordinateurs et la formation à l'utilisation des applications sur ordinateur. En outre, l'information de base indispensable et la recherche sur les services de santé ont fait l'objet d'un atelier portant entre autres sujets sur l'utilisation des enquêtes longitudinales auprès des ménages et l'estimation indirecte des données de l'état-civil. L'Indonésie poursuit la mise au point de son réseau de données assisté par ordinateur. Dans le cadre de cet effort, un appui a été fourni à la mise sur pied de systèmes d'information à la gestion des hôpitaux et un atelier a été organisé sur la méthode de notification pour les secteurs de santé. Aux Maldives, un atelier a été organisé pour aider à déterminer les besoins minimaux en données à chaque niveau du système de santé.

41. Une quatrième réunion commune CEE/OMS sur les statistiques sanitaires a eu lieu dans la Région européenne. Les participants ont examiné les indicateurs sociaux liés à la stratégie régionale européenne de la santé pour tous et à l'utilisation des systèmes d'information dans la planification, la gestion et l'évaluation des services de santé. L'OMS collabore avec la Hongrie à l'introduction de la bureautique, avec Malte sur les systèmes d'information nationaux et avec Saint-Marin à l'examen d'un plan de mise en oeuvre d'un tel système.

42. Dans la Région de la Méditerranée orientale, à la suite de la présentation d'un rapport d'évaluation sur la santé pour tous, une réunion a eu lieu pour promouvoir l'utilisation des résultats par les gouvernements et par l'OMS. En outre, le Bureau régional a mis sur pied un nouveau centre de traitement de l'information pour fournir des conseils techniques en informatique aux Etats Membres. Dans la Région du Pacifique occidental, l'OMS a collaboré avec des enquêteurs aux Iles Salomon, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, à Samoa et dans d'autres pays de la Région du Pacifique occidental à l'évaluation d'indicateurs mondiaux liés à la gestion des SSP et au renforcement de la notification des maladies transmissibles, à l'analyse de la morbidité et de la mortalité et à la surveillance épidémiologique.

#### Développement des personnels de santé

43. Les activités de l'OMS en 1986 ont porté sur la mobilisation de promoteurs des soins de santé primaires chez les personnels infirmiers, l'analyse de la politique des personnels, l'éducation permanente, y compris la formation à la gestion et l'administration, l'encouragement de l'autoresponsabilité nationale pour la mise au point de matériel d'assimilation, la formation et l'utilisation d'agents de santé communautaires et la recherche sur les personnels de santé. Parmi les nouvelles publications parues en 1986, on peut mentionner "Le Leadership dans les

soins de santé primaires. Niveaux, fonctions et critères", "The potential of the traditional birth attendant" (version française en préparation) et le rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur le renforcement des mécanismes de réglementation de la formation et de la pratique des infirmières en ce qui concerne les SSP. En outre, deux séries de matériels sur la gestion du personnel de santé et les méthodes d'amélioration du travail dans les services de santé ont également été produites.

44. Le séminaire international sur la promotion de la santé pour tous dans les soins infirmiers qui a eu lieu en avril 1986, à Tokyo, a examiné le rôle des infirmières comme promoteurs et a fait des recommandations précises pour renforcer ce rôle. Ce séminaire a eu pour résultat direct une conférence qui lui a fait écho sur les promoteurs des soins infirmiers, organisée par l'Université de Chicago (Etats-Unis d'Amérique), en août 1986. Le développement des promoteurs des soins infirmiers a également retenu l'attention dans plusieurs régions.

45. Le Bureau régional de l'Europe a organisé plusieurs activités de formation. Un atelier international de deux semaines sur la gestion avancée des soins infirmiers destiné aux infirmières européennes a réuni, au Danemark, 21 cadres supérieurs et moyens de 18 pays. Les participants innoveront en appliquant des soins de santé primaires axés sur les services infirmiers et/ou en organisant des ateliers similaires au niveau national dans leur propre pays. Un atelier national sur la mise au point des programmes a eu lieu en Yougoslavie comme base de la réorientation de la formation en soins infirmiers vers les soins de santé primaires. La mise au point de systèmes de classification soins infirmiers/patients est l'un des domaines qui est actuellement en train d'être développé en Belgique, en Espagne, en France, au Luxembourg et au Royaume-Uni. Une réunion d'infirmières européennes provenant des ministères de la santé des pays de la CEE a examiné les moyens d'accélérer les échanges d'informations entre les pays participant à ce processus. Une tendance encourageante constatée dans la Région de la Méditerranée orientale concerne l'octroi de fonds de coopération plus abondants au développement des soins infirmiers, domaine qui a été jugé prioritaire.

46. Dans la Région du Pacifique occidental, la collaboration au développement des personnels infirmiers comprenait l'appui technique pour la mise sur pied d'un centre national de soins infirmiers en Chine, et l'organisation de la formation et de l'administration des services de soins infirmiers, l'orientation des programmes de soins infirmiers de base et complémentaires dans le cadre des SSP à Fidji et à Kiribati, et un nouvel examen des programmes d'études des infirmières et des sages-femmes en vue de la réorientation des soins infirmiers à Vanuatu.

47. Dans le domaine de la politique des personnels de santé, la prolifération de certaines catégories de personnels de santé, notamment les médecins, suscite des préoccupations dans bien des pays. Une conférence sur le déséquilibre, les conflits et les perspectives dans le domaine des personnels de santé a eu lieu à Acapulco (Mexique), en août 1986, sous les auspices du Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOIMS). La conférence a examiné les résultats d'études effectuées dans plusieurs pays du monde entier, dont beaucoup ont permis d'identifier un excédent de professionnels de la médecine et/ou des soins dentaires. Toutes les études ont fait apparaître des difficultés dans la répartition géographique des personnels ainsi que dans leur répartition selon les établissements et les spécialisations. La structure de la population active est également considérée comme une question importante de la recherche sur les personnels de santé. La conférence a conclu que ces études, ainsi que celles qui seraient établies sur le sujet à l'avenir, devraient être largement diffusées afin de résoudre les questions de politique que posent le chômage et le sous-emploi des médecins et des autres catégories de personnel de santé. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le nombre des médecins nouvellement diplômés a continué d'augmenter dans la plupart des pays malgré l'incapacité dont ont fait preuve les systèmes des services de santé de les utiliser de manière efficace, alors même que la pénurie de personnels sanitaires connexes est bien connue. Le Bureau régional collabore avec les pays au domaine voisin de la planification des personnels de santé.

48. Dans le cadre de l'éducation permanente, le Bureau régional des Amériques a appuyé le renforcement de l'enseignement dans l'administration sanitaire. Au cours d'une réunion qui a eu lieu à Rio de Janeiro, un cadre de référence pour la mise au point de programmes de formation et de recherche en administration sanitaire a été présenté. L'évaluation des institutions participant à la mise au point de la formation de cadres a également été examinée. Une deuxième

réunion a été organisée à Cali (Colombie) pour identifier des stratégies et des directives permettant de modifier l'enseignement et les pratiques de l'administration sanitaire.

49. L'atelier interpays annuel au Centre de formation régional de l'OMS à Sydney pour les pays de la Région du Pacifique occidental a concentré ses efforts sur la gestion des changements apportés aux instituts de formation et a fourni des stimulants supplémentaires aux Etats Membres pour apporter ces modifications selon les besoins. Dans la Région du Pacifique occidental, des réunions nationales pour l'enseignement de l'administration sanitaire ont été organisées en Chine, au Japon et aux Philippines. La formation des enseignants dans la Région portait notamment sur l'établissement de matériels d'apprentissage à Fidji, aux Philippines et au Viet Nam, et sur l'évaluation des résultats des étudiants en Malaisie.

50. Un programme interrégional pour les matériels d'apprentissage en matière de santé qui a obtenu US \$3,3 millions au titre des activités de pays s'étend actuellement à 15 pays dont neuf ont des projets entièrement opérationnels. Le programme de manuel dans la Région des Amériques est en train d'être réorienté afin de mettre davantage l'accent sur les SSP et l'autoresponsabilité nationale. Des matériels imprimés et audiovisuels pour la formation en cours d'emploi des personnels de santé sont mis au point de façon plus intensive. Un programme d'atelier de 10 jours pour l'évaluation des besoins nationaux des matériels d'enseignement/apprentissage en matière de santé a été mis au point dans la Région de la Méditerranée orientale et éprouvé sur le terrain à Damas. D'autres ateliers ont eu lieu en Afghanistan, en Oman et en Somalie.

51. Un programme a été lancé pour renforcer les résultats des agents de santé communautaires pour les soins de santé primaires dans 13 pays avec l'appui d'AGFUND. En décembre 1986, une conférence interrégionale sur les agents de santé communautaires a eu lieu à Yaoundé, avec l'appui de la Fondation de l'Industrie japonaise de la Construction navale afin de faciliter l'échange de données d'expérience entre les pays sur la formation et l'utilisation des agents de santé communautaires surtout au niveau du district.

52. Le réseau d'établissements de formation en sciences de la santé axés sur la communauté a mis sur pied des équipes spéciales pour résoudre les problèmes que pose l'enseignement de la médecine et des autres sciences de la santé. Une réunion, organisée conjointement par la New Mexico Medical School, le réseau et l'OMS, a eu lieu à Albuquerque en octobre 1986 pour définir des programmes d'enseignement de la médecine et des stratégies visant à promouvoir ces changements dans d'autres établissements.

53. L'idée selon laquelle la recherche sur les personnels de santé contribue à la prise de décision retient de plus en plus l'attention dans les pays. Les capacités d'entreprendre ces recherches sont renforcées dans plusieurs pays grâce à l'appui direct et aux conseils d'un sous-comité du Comité consultatif de la Recherche en Santé dont la deuxième réunion a eu lieu en mars 1986.

#### Engagement communautaire

54. Bien que le principe de l'engagement communautaire soit largement accepté par les décideurs, il n'a pas encore été assez bien compris, et n'a pas non plus reçu l'attention que mérite cet élément clé des SSP. Les questions critiques sont la communication et la formation, l'engagement et la mobilisation de ressources dans la communauté et le développement et la recherche. Dans quelques pays, les communautés ont participé à la planification du développement et des activités sanitaires. Dans la Région africaine, des groupes de femmes pour le développement de la santé ont été formés dans les villages et l'éducation sanitaire de la mère a déjà une incidence sur la couverture, en ce qui concerne certains éléments des soins de santé primaires, notamment la thérapie par réhydratation orale et le programme élargi de vaccination. En Birmanie, des comités de villages ont participé à la surveillance du troisième plan sanitaire.

55. Dans la Région européenne, un nouveau projet important pour la promotion de la santé dans les villes a été lancé en janvier 1986. Le projet qui met l'accent sur la promotion de la santé avec la collaboration du programme régional de planification et de gestion de

l'hygiène de l'environnement est coordonné par le Department of Community Health, Liverpool (Royaume-Uni). Le premier symposium sur la promotion de la santé dans les villes qui a eu lieu en avril 1986 à Lisbonne a réuni 56 participants de 21 villes et de 17 pays. Un atelier sur les stratégies de la santé dans les villes a été organisé à Göteborg (Suède) en octobre 1986 pour promouvoir la participation communautaire en vue d'une meilleure hygiène de l'environnement au niveau municipal.

56. Des directives pour l'élaboration de programmes de participation communautaire pour la santé ont été mises au point ainsi que des indicateurs pour surveiller les progrès de la participation communautaire dans les SSP. L'OMS soutient actuellement un projet de recherche-développement de 14 pays visant à étudier les problèmes déjà identifiés par les pays dans les activités des agents de santé communautaires. Les résultats de la recherche-développement serviront à préparer en 1987 un groupe d'études qui examinera le rôle important joué par les agents de santé communautaires pour répondre aux besoins sanitaires de la communauté et contribuer à réduire les problèmes de santé prioritaires.

#### Coordination intersectorielle

57. Les discussions techniques tenues au cours de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur "l'action intersectorielle en faveur de la santé" ont été suivies par une quarantaine de ministres et de hauts responsables politiques qui s'occupent de secteurs de développement revêtant une importance décisive pour la promotion de la santé, notamment les finances, la planification, l'agriculture, la formation, l'éducation et la culture, l'aménagement urbain et le logement, ainsi que par des représentants de l'ONU et d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales. Les participants ont examiné l'impact des politiques et des programmes de développement nationaux et mondiaux sur la santé, en reconnaissant qu'il est très important de disposer de stratégies de développement équitables afin d'aboutir à une amélioration mesurable du bien-être, notamment pour les groupes vulnérables. Ils ont souligné qu'il fallait d'urgence assurer la planification et la surveillance intersectorielles des programmes de développement afin de minimiser les dégâts et d'améliorer l'état de santé et qu'il importait d'utiliser le bien-être des groupes vulnérables comme étalon des progrès accomplis par les programmes de développement globaux.

58. L'Assemblée de la Santé a ensuite adopté la résolution WHA39.22 demandant aux Etats Membres de "recenser et élaborer des objectifs sanitaires conçus comme faisant partie intégrante des politiques sectorielles en faveur de l'agriculture, de l'environnement, de l'éducation, de l'approvisionnement en eau, du logement et d'autres secteurs en relation avec la santé, et d'inclure des analyses de l'impact sur la santé dans toutes les études de faisabilité entreprises aux fins de programmes et de projets liés à la santé". Elle leur a également demandé de prendre une série de mesures et notamment de définir "des actions intersectorielles d'un bon rapport coût/efficacité susceptibles d'améliorer l'état de santé des groupes défavorisés". L'Assemblée a prié le Directeur général de renforcer les activités de l'Organisation dans ce domaine, notamment les mécanismes appropriés dans le cadre du processus global de développement pour promouvoir "des actions intersectorielles en faveur de la santé aux niveaux national et local", en vue de faciliter une utilisation efficace des ressources existantes pour atteindre les objectifs multisectoriels de la santé pour tous.

59. Des plans d'action régionaux avec des cibles précises ont été établis pour donner suite à la résolution WHA39.22. Dans le cadre de ces plans, le Brésil, le Pérou et le Venezuela s'efforcent de promouvoir la dimension intersectorielle de la santé pour le développement. La recherche sur les déterminants de la santé à Sri Lanka a été achevée et un rapport est disponible. Un rapport d'évaluation qui a été publié reflète les progrès accomplis dans l'action intersectorielle pour résoudre les problèmes de santé prioritaires au niveau du district en Zambie.

60. Une réunion des ministres des finances, de l'éducation et de la santé a eu lieu dans la Région africaine et trois séminaires sous-régionaux ont réuni les hauts responsables des différents secteurs. Dans la Région des Amériques, les ministères de la santé et les établissements de sécurité sociale ont entrepris une étude commune sur l'action intersectorielle. Dans la Région de la Méditerranée orientale, des exercices de planification intersectorielle communs

sont en train d'être mis au point au Pakistan, en Somalie et au Soudan dans le cadre de projets intégrés de développement rural. L'OMS encourage la mise au point de mécanismes de coordination et de collaboration intersectorielle dans lesquels les communautés jouent un rôle central. Le Bureau régional de l'Europe et l'Ecole nordique de Santé publique ont tenu une réunion en novembre 1986 à Göteborg (Suède) à laquelle ont assisté les hauts responsables des pays de la Région afin d'identifier et de mettre au point les objectifs sanitaires en tant que partie intégrante des politiques de secteurs autres que la santé. Les principaux groupes à risque, facteurs de risques et domaines présentant des problèmes ont été identifiés et des propositions présentées sur les stratégies éventuelles susceptibles de promouvoir la santé par la collaboration intersectorielle.

#### IV. COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

##### Education pour la santé

61. La plupart des Etats Membres disposent au ministère de la santé d'un service d'éducation pour la santé doté de personnels qualifiés au niveau national et, dans bien des cas, aux niveaux provincial et de district. L'information est constamment en train d'être renforcée. Récemment, dans la Région africaine, des responsables de l'information et de la documentation sanitaire ont été nommés dans tous les bureaux de représentants OMS. En octobre, l'OMS a organisé, avec l'appui de DANIDA, un atelier au Zimbabwe à l'intention des personnels de santé des pays d'Afrique anglophone chargés de l'information et de l'éducation dans le contexte des soins de santé primaires. Un cours de trois mois destiné à des participants de la Région de la Méditerranée orientale a débuté au Soudan. Un autre atelier interpays a été organisé avec l'appui de DANIDA au Soudan afin de mettre au point des modules de formation à l'éducation et à l'information des personnels de santé des pays de la Région africaine et de celle de la Méditerranée orientale.

62. L'éducation pour la santé a fait l'objet d'un symposium européen sur l'école et la promotion sanitaire, qui a eu lieu en Ecosse en mai; le symposium a mis l'accent sur l'importance de la collaboration intersectorielle et sur la nécessité de considérer l'école comme faisant partie d'un environnement global de promotion de la santé. Le symposium a notamment recommandé qu'une coopération et une collaboration plus poussées soient encouragées et facilitées entre les organisations internationales qui s'intéressent à la promotion de la santé. En mai 1986 est paru le premier numéro de la nouvelle revue internationale "Health Promotion" qui est établie avec l'aide du Bureau régional de l'Europe et éditée par Oxford University Press. Un bulletin d'information sur la promotion sanitaire pratique a été lancé afin de créer un réseau actif de projets exemplaires de promotion sanitaire dans la Région européenne. L'OMS et la CEE ont organisé un séminaire sur l'éducation pour la santé dans la formation des enseignants qui traite des questions et des contraintes qui surgissent dans la mise au point de l'éducation pour la santé et de la promotion sanitaire au début de leur formation, ainsi que des stratégies et des méthodes d'enseignement. Le séminaire annuel sur la promotion sanitaire a eu lieu en août près d'Helsinki avec l'appui du bureau d'éducation sanitaire du Conseil national finlandais de la Santé. Le séminaire a porté sur la mise au point et l'application des politiques, et surtout sur la politique alimentaire.

63. De nombreux pays d'autres régions ont pris des mesures pour renforcer les programmes d'éducation sanitaire dans les écoles. Dans les pays de la Région des Amériques, l'accent est mis sur la coordination avec l'enseignement afin de renforcer l'éducation sanitaire dans les écoles et sur la mise au point d'une technologie de la communication en vue de l'éducation sanitaire et de la participation communautaire. Une consultation sur les programmes de santé dans les écoles a eu lieu dans la Région de la Méditerranée orientale et d'autres activités de suivi sont en cours pour encourager et appuyer l'action au niveau des pays. Une conférence internationale sur la promotion de la santé et l'instauration d'une nouvelle santé publique doit se tenir à Ottawa (Canada) en novembre 1986.

64. En mai 1986, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a examiné un rapport d'où il ressortait clairement que le tabagisme et les maladies provoquées par le tabac étaient devenues une véritable pandémie dans les pays industrialisés et se propageaient rapidement dans

les pays en développement. Dans la résolution WHA39.14, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de renforcer la collaboration avec les organisations du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales pertinentes, d'appuyer les programmes nationaux antitabac et de faire en sorte que l'OMS joue un rôle actif de promotion sur les questions concernant le tabac et la santé. Des mesures énergiques ont été prises pour limiter la consommation de tabac dans les Bureaux régionaux des Amériques et du Pacifique occidental - et des mesures similaires sont envisagées par les bureaux de l'OMS qui ne l'ont pas encore fait. La Ligue italienne contre le Cancer, en collaboration avec l'OMS, a organisé un symposium international à Venise en mai sur le tabagisme chez les professionnels de la santé. Le symposium a déploré que beaucoup de professionnels de la santé de nombreux pays d'Europe méridionale étaient de gros fumeurs et a souligné l'importance de modèles de vie saine dans la société. En collaboration avec des organisations non gouvernementales et des organismes nationaux, l'OMS a contribué à organiser des séminaires et des ateliers sur le tabac et la santé au Bhoutan, à Fidji, au Kenya, à Singapour et au Venezuela. Une série de consultations pour la mise au point et la promotion d'un plan européen sur le tabac et la santé ont eu lieu, l'une d'entre elles à l'occasion de la Conférence nationale espagnole sur l'éducation pour la santé en octobre, également consacrée au tabagisme. Le CIRC a publié une monographie sur le tabagisme qui a fourni, avec la résolution WHA39.14, un exposé clair de la position de l'OMS sur cette question et sur le tabagisme passif et donné une réponse claire à ce problème social et médical.

65. Plusieurs mesures ont été prises en 1986 pour faire participer les professionnels de la santé et les médias à un plaidoyer pour la santé. Le Bangladesh, le Bhoutan, la Colombie, le Costa Rica, l'Inde, l'Indonésie, le Népal et Sri Lanka ont mis l'accent sur des approches novatrices pour développer l'éducation et la communication pour la santé. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, on a cherché à renforcer l'enseignement de l'éducation sanitaire et des sciences de la communication à l'appui des soins de santé primaires et un atelier a été organisé sur la formation des professionnels des médias à l'appui de la santé pour tous. Une réunion des responsables nationaux des relations publiques aux ministères de la santé des pays de la Méditerranée orientale, qui a eu lieu en juillet, visait à renforcer la communication sur les questions sanitaires, en particulier en encourageant le secteur de la santé à collaborer plus étroitement avec les médias. Un atelier sur la coopération entre le secteur de la santé et les médias a été organisé conjointement par l'OMS et l'UNESCO au Sénégal à l'intention de stagiaires des pays d'Afrique francophone. L'Université de Tampere (Finlande) a organisé, à l'intention de journalistes d'Afrique orientale, un cours sur les SSP placé sous les auspices de l'OMS et financé par l'Agence finlandaise pour le Développement international (FINNIDA).

66. Le premier prix OMS de l'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires a été décerné à la Hesperian Foundation de Palo Alto (Etats-Unis d'Amérique) et à son Directeur, le Dr D. Werner; le premier prix OMS récompensant un journaliste du tiers monde pour ses écrits sur les soins de santé primaires a été décerné à M. H. Hajiri de Tunisie.

#### Alimentation et nutrition

67. Le nombre de pays pour lesquels on dispose actuellement de données anthropométriques permettant de surveiller le changement de la situation nutritionnelle et d'identifier les zones où une action pourrait être nécessaire a doublé en 1986 pour atteindre près d'une centaine. L'information sur l'obésité a maintenant été ajoutée aux indicateurs du poids pour la taille et de la taille pour l'âge.

68. Des activités de surveillance alimentaire et nutritionnelle ont été entreprises dans certains pays de la Région des Amériques en collaboration avec la FAO. Un projet a également été lancé dans cette Région pour former des scientifiques nationaux à la mise au point d'études de cas en matière d'alimentation et de nutrition afin de renforcer la communication avec les décideurs. Ayant constaté une augmentation significative de l'incidence des maladies chroniques liées au régime alimentaire, on a décidé, dans les Régions des Amériques et du Pacifique occidental, de réorganiser les priorités régionales concernant les programmes de nutrition. Les premiers signes ont été rapportés d'une baisse régulière de la malnutrition protéino-énergétique dans l'ensemble de la Région de l'Asie du Sud-Est. Sous l'égide de l'OMS, un groupe d'experts d'Italie, de Pologne, du Royaume-Uni et de Suède ont établi une étude sur la nutrition saine en Europe, qui envisage les objectifs nutritionnels et les directives alimentaires pour la

prévention des principales maladies liées à la nutrition ayant une importance pour la santé publique; cette étude résume les objectifs existants en matière de nutrition dans la Région européenne tout en laissant aux pays le soin de formuler des objectifs et directives alimentaires nouveaux.

69. Des stratégies nationales complètes de prévention de l'avitaminose A et de la xérophtalmie ont été élaborées dans la Région africaine et dans celle de l'Asie du Sud-Est, en réponse à la demande de l'Assemblée de la Santé tendant à ce que l'OMS joue un rôle de promoteur à l'appui de l'action nationale pour répondre à cette importante carence nutritionnelle. Dans le cadre d'une nouvelle initiative de coopération, l'OMS a apporté son soutien à l'impression de quelque 93 000 fiches de prévention de la xérophtalmie dans sept langues utilisées en Asie du Sud-Est. Des stratégies régionales de lutte contre les troubles liés à une carence en iode (TCI) ont été mises au point dans la Région africaine et dans celle de l'Asie du Sud-Est. Un atelier inter-pays organisé en Bolivie, en octobre, a examiné les données d'expérience et les progrès enregistrés dans la lutte contre les TCI en Bolivie, en Equateur et au Pérou sous l'égide du programme mixte OMS/FISE de soutien pour la nutrition.

70. A la suite de l'évaluation des travaux de la Commission OUA/FAO/OMS de l'Alimentation et de la Nutrition, la Région africaine a réévalué son rôle au sein de cet organisme et a organisé une réunion d'experts pour définir un plan d'action permettant d'accélérer le programme mixte de soutien pour la nutrition dans les pays africains les moins avancés. Les activités du programme mixte, fondées sur la stratégie des SSP, se sont poursuivies à la Dominique, à la Grenade, en Haïti, au Nicaragua, au Pérou et à Saint-Vincent dans la Région des Amériques, ainsi qu'au Pakistan, en Somalie et au Soudan dans celle de la Méditerranée orientale. L'OMS a organisé des réunions intersectorielles visant à définir des responsabilités sectorielles pour l'alimentation et la nutrition en Tunisie et au Yémen démocratique. Des programmes d'aide alimentaire pour les groupes à faible revenu et les autres groupes vulnérables ont été évalués dans différents pays choisis de la Région des Amériques.

71. L'OMS a établi, à l'intention des professionnels de la santé, trois rapports liés entre eux qui font le point de la situation en ce qui concerne les informations les plus récentes sur 1) les facteurs influençant l'allaitement au sein en relation avec la santé maternelle et infantile, 2) les principales conditions sanitaires et socio-économiques dans lesquelles les nourrissons peuvent être alimentés à l'aide de substituts du lait maternel et 3) le développement physiologique du nouveau-né et ses incidences pour l'alimentation complémentaire. Ces documents complètent les travaux effectués par l'OMS en 1985 sur l'alimentation en cas d'insuffisance pondérale à la naissance et sur l'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant malades. Dans la Région des Amériques, un cours succinct sur la gestion de l'allaitement au sein dans les services de santé a été donné au Pérou en novembre. On perçoit désormais en Chine, à Fidji, aux Philippines et au Viet Nam les signes d'un renversement de la tendance à l'abandon de l'allaitement au sein.

72. Dans le cadre d'un réseau collectif international de formation à la nutrition qui a été mis sur pied, l'OMS et quatre établissements d'enseignement supérieur en matière de nutrition en Asie et en Europe doivent promouvoir le rôle des universités dans la lutte contre la malnutrition, en cherchant surtout à mettre l'accent sur les aspects purement scientifiques du problème et à comprendre l'influence de la situation socio-économique sur l'état nutritionnel. Cette approche a été introduite dans quatre ateliers de formation des enseignants. Parallèlement, d'autres établissements, en particulier dans la Région africaine et dans celle des Amériques, se sont déclarés intéressés par une participation au réseau. Dans la Région de la Méditerranée orientale, une consultation a eu lieu en décembre pour définir, à l'intention des diverses catégories d'agents de santé participant à l'application des programmes d'alimentation et de nutrition, les connaissances et les compétences nécessaires dans ce domaine en vue de préparer les programmes et les matériels de formation. Un atelier sur la gestion des services alimentaires et le traitement par un régime alimentaire adéquat sur la base de la technologie informatique moderne a eu lieu à l'Institut de Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama, en octobre.

Eau saine et assainissement de base

73. En 1986, l'on se trouvait à mi-chemin de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (DIEPA) et la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1986, a examiné un rapport de situation à mi-décennie<sup>1</sup> ainsi que l'action proposée par les Etats Membres, les organismes de soutien extérieur et l'OMS au cours des cinq dernières années de la Décennie. Dans toutes les Régions de l'OMS, des progrès considérables ont été signalés pour la promotion de la Décennie et la meilleure sensibilisation à son application. Il est estimé qu'à la fin de 1985, plus de 70 pays avaient achevé ou étaient en train d'achever leurs plans et qu'au moins 76 avaient fixé des cibles pour la Décennie en relation avec les SSP. Il est apparu que le renforcement des services a été inégal dans les régions urbaines et rurales; sur les 270 millions de personnes nouvellement desservies par l'eau potable, d'après les estimations, seules 40 % étaient des ruraux. On relevait également un décalage entre les niveaux d'approvisionnement dans les villes (77 %) et dans les campagnes (36 %). Les progrès de l'assainissement n'ont pas été plus équilibrés puisque trois fois plus de citadins que de ruraux ont été équipés au cours des cinq premières années de la Décennie. L'examen a abouti à la conclusion qu'il fallait à l'évidence accélérer les programmes. L'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA39.20 qui a mis l'accent sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement en tant que composante indispensable des SSP dans le cadre d'une approche internationale globale et a souligné la nécessité d'accélérer les programmes en leur allouant les ressources et les personnels nécessaires.

74. Un système de surveillance a abouti à des rapports détaillés faisant ressortir les données de base au début de la Décennie et à fin 1983. Les pays procèdent actuellement à une mise à jour de la situation à fin 1985. L'Annuaire de statistiques sanitaires mondiales de 1985 contient une section spéciale sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement présentant toutes les données fournies aux gouvernements depuis 1970; en outre, le premier numéro du Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales de 1986 a été consacré à l'eau et à l'assainissement.

75. Après les réunions de 1985 en Asie et en Afrique, une consultation régionale sur l'appui extérieur pour les Amériques a eu lieu en avril 1986 avec la participation du Comité d'aide au développement de l'OCDE, des organismes de soutien extérieur, des banques régionales et sous-régionales, des organisations du système des Nations Unies, et d'un certain nombre d'organisations non gouvernementales. Les versions anglaise, espagnole et française de la troisième édition du catalogue des organismes de soutien extérieur fondé sur les informations reçues de ces organismes, notamment les organisations non gouvernementales, ont été compilées et diffusées en 1986. L'OMS est en train de mettre au point un système d'information pour l'appui extérieur aux pays qui comprendra un fichier mondial sur le soutien extérieur en cours et envisagé pour le secteur. Il a pour objectif d'améliorer l'échange d'informations entre les donateurs, les banques et les autres organismes de soutien extérieur, de promouvoir la coordination et de rendre plus efficace l'utilisation des ressources.

76. Les consultations avec les donateurs se sont poursuivies avec plusieurs pays des différentes Régions de l'OMS - par exemple l'Indonésie, les Maldives, le Népal, le Niger et le Pérou - afin d'évaluer les besoins de soutien extérieur. Une consultation sous-régionale sur la Décennie pour les pays d'Amérique centrale a eu lieu au Guatemala en octobre. La cinquième phase du Programme de coopération internationale OMS/GTZ a pris fin en juin 1986 avec l'achèvement d'un plan de cinq ans pour le développement de l'approvisionnement en eau et l'assainissement des campagnes en Bolivie. Des efforts spéciaux ont été faits par les gouvernements et les organismes de soutien extérieur pour renforcer la participation des femmes aux activités de la Décennie. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, un atelier sur la participation des femmes à la Décennie a réuni des participants de l'Indonésie, du Népal, de Sri Lanka et de la Thaïlande.

77. Des points focaux de la Décennie dans les ministères de la santé et dans les autres grands ministères ayant des compétences techniques dans les domaines de l'approvisionnement en eau et

<sup>1</sup> Document WHA39/1986/REC/1, annexe 3.

de l'assainissement ont été désignés dans la Région de la Méditerranée orientale conformément à la demande formulée par le Comité régional en 1985. Par la suite, un comité consultatif régional pour la Décennie composé de représentants des points focaux nationaux pour la Décennie a été mis sur pied pour surveiller les progrès de la Décennie et recommander les mesures permettant de l'accélérer; le Comité s'est réuni pour la première fois à Chypre en septembre 1986.

78. Le Comité directeur interorganisations pour une action menée en coopération au titre de la DIEPA, qui a tenu sa 14<sup>e</sup> réunion en septembre, a examiné le rôle d'échange d'informations de l'OMS dans le contexte de la Décennie et les activités en cours et prévues des autres organismes intéressés. Un groupe d'étude s'est réuni en avril 1986 pour examiner les dernières innovations technologiques intéressant l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les pays en développement; des matériels d'information sont en train d'être établis sur l'optimisation et l'amélioration des installations de traitement des eaux et sur le fonctionnement et l'entretien optimal des installations de traitement des eaux. En outre, la Monographie N° 39 de l'OMS, "Evacuation des excréta dans les zones rurales et les petites agglomérations", est en train d'être mise à jour. Plusieurs directives ont été mises au point à l'intention des Etats Membres. Il s'agit notamment : de directives pour l'intégration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement aux autres éléments des SSP et pour les organismes nationaux et les institutions de financement dans la Région des Amériques; de directives pour les projets communautaires d'approvisionnement en eau et d'assainissement mis au point dans la Région de l'Asie du Sud-Est; et de deux directives sur les technologies pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les petites collectivités et d'une publication sur l'eau et l'assainissement dans la Région de la Méditerranée orientale.

79. Dans la plupart des Régions, de nombreux ateliers nationaux ont été organisés pour examiner différents aspects des progrès de la Décennie, identifier les problèmes et les contraintes et faire des recommandations pour le réalignement des procédures existantes de promotion de la participation communautaire, de développement institutionnel, de développement des personnels et de choix des technologies. D'autres ateliers, séminaires et cours ont été organisés, notamment pour améliorer le système d'information gestionnaire pour le développement des organismes du secteur de l'approvisionnement en eau, l'identification des priorités de la recherche pour la mise au point de technologies appropriées, le contrôle de la qualité de l'eau et l'assainissement, l'entretien préventif, le génie sanitaire théorique et pratique, l'installation et l'entretien de pompes à bras, et l'évaluation économique et financière des projets de remise en état. Deux projets sous-régionaux de développement des ressources humaines ont été menés à bien dans la Région des Amériques, l'un dans les Caraïbes et l'autre en Amérique centrale, en République dominicaine et à Panama. Dans la Région de la Méditerranée orientale, des ateliers sur le développement des ressources humaines ont eu lieu en Arabie saoudite et au Yémen. Egalement en 1986, des ateliers sur la planification ont eu lieu en Inde et aux Philippines.

80. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a mis sur pied un centre régional pour les activités de l'hygiène de l'environnement à Amman qui est devenu opérationnel en 1986 pour la formation et la recherche et sert de point focal pour l'échange de technologies et d'informations. Le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences et l'environnement (CEPIS) a lancé un programme destiné aux jeunes professionnels afin de fournir des ingénieurs et des scientifiques nationaux de l'hygiène de l'environnement ayant une expérience internationale des technologies les plus récentes intéressant les programmes nationaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Le CEPIS a également intensifié son programme de recherche pour mettre au point de nouvelles technologies à faible coût pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement à la périphérie des villes et pour le recyclage des eaux usées. Dans la Région de la Méditerranée orientale, des volontaires des Nations Unies sont chargés d'apporter un appui technique direct aux Etats Membres.

#### Santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale

81. L'OMS, en collaboration étroite avec le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP), a examiné les programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale (SMI/PF) dans plus de 90 pays de toutes les Régions en 1986. Un premier atelier sur la formulation, la surveillance et l'évaluation des projets a été organisé à l'intention des pays lusophones de la Région africaine. Une évaluation de l'efficacité des services SMI a été entreprise dans neuf pays de la Région des Amériques. Une réunion interpays

visant à améliorer les compétences gestionnaires et techniques et les compétences d'encadrement des administrateurs nationaux SMI/PF dans la Région de la Méditerranée orientale a eu lieu à Chypre en novembre avec l'appui du FNUAP.

82. L'OMS, le FNUAP et le FISE ont coparrainé le Forum des parlementaires européens sur "La survie de l'enfant, les femmes et la population : stratégies intégrées" qui a eu lieu à La Haye sous les auspices du Gouvernement néerlandais en février 1986. Les parlementaires d'Europe et d'autres régions ont examiné des approches intégrées pour l'espacement des naissances et pour la santé maternelle et la survie de l'enfant, le rôle des femmes dans la santé de l'enfant et la population et la sexualité chez les adolescents. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le Comité régional a examiné une étude technique sur une approche intégrée de la santé maternelle et infantile dans le contexte des soins de santé primaires.

83. Vu la forte mortalité féminine pendant l'accouchement dans la plupart des parties du monde, l'OMS s'est efforcée d'améliorer les approches traditionnelles et d'en définir de nouvelles afin de réduire la morbidity et la mortalité maternelles. A la suite de l'examen effectué l'an dernier qui a confirmé les cinq principales causes de décès maternel à savoir l'hémorragie, la toxémie, l'infection, la dystocie d'obstacle et l'avortement illégal, l'OMS a défini des directives pour mesurer la mortalité maternelle et analyser ses conséquences et sur les fonctions obstétricales essentielles au premier niveau de recours. Les résultats d'une étude de l'OMS sur les troubles hypertensifs au cours de la grossesse effectuée en Afrique et en Asie indiquent que la gravité de l'oedème peut être un important critère utilisé par les accoucheuses traditionnelles et les agents de soins de santé primaires pour identifier les femmes menacées de prééclampsie. La décision d'orienter les femmes vers d'autres services de soins peut donc être prise sans avoir recours à des appareils sophistiqués de mesure de la pression sanguine auparavant considérés comme nécessaires.

84. Le poids à la naissance est un indicateur sanitaire reconnu - direct pour les nouveau-nés et indirect pour la mère - et un instrument utile pour évaluer l'ensemble des progrès accomplis en vue de la santé pour tous. Une étude pluricentre qui a pris fin en 1986 a démontré le bien-fondé de la mesure simple de la circonférence du bras et de la poitrine au moyen d'une bande munie d'un code couleur lorsqu'on a besoin d'une autre solution que la pesée, ce qui permet aux accoucheuses traditionnelles et aux agents de soins de santé primaires d'identifier facilement les cas d'insuffisance pondérale à la naissance qui nécessitent des soins particuliers. Dans la Région de la Méditerranée orientale, une réunion interpays sur l'insuffisance pondérale à la naissance et les soins périnataux a eu lieu en Arabie saoudite en avril pour définir les problèmes et faire des recommandations visant à améliorer les soins périnataux et à réduire l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance. Un atelier interrégional sur les méthodes de recherche sur la mortalité périnatale a eu lieu à Beijing en juillet. A la suite de l'étude périnatale qui a abouti au rapport intitulé "Having a Baby in Europe" (version française en préparation), trois conférences d'une série de neuf sur des sujets connexes ont été organisées dans la Région européenne en 1986. Les modifications apportées aux services périnataux ont été diffusées, les médias ayant largement fait état de ces conférences. A fin 1986, la quasi-totalité des Etats Membres de la Région des Amériques appliquait l'approche fondée sur la notion de risque pour la prestation des services.

85. Un des avantages de la mise au point de technologies appropriées pour la SMI/PF a été de renforcer l'engagement communautaire et l'autoresponsabilité pour les soins de santé des femmes. Par exemple, les résultats des études achevées en 1986 dans 20 centres de 14 pays montrent clairement l'utilité éducationnelle et promotionnelle des relevés établis à domicile par la mère et adaptés aux besoins locaux du point de vue d'une meilleure utilisation des programmes SMI/PF et de l'identification et de l'orientation rapides des femmes qui risquent d'avoir des complications pendant la grossesse et l'accouchement. L'Egypte, l'Inde et les Philippines ont décidé d'étendre l'utilisation de ces relevés afin de confirmer leur impact global sur la santé maternelle et périnatale. Deux réunions interrégionales sur la technologie périnatale appropriée pour la Région des Amériques et la Région européenne ont été suivies d'une troisième réunion relative à la période néonatale qui a eu lieu à Trieste (Italie) en octobre.

86. Une étude multicentre sur la croissance et le développement de l'enfant a été entreprise en Argentine, en Chine, en Inde, au Pakistan, au Sénégal et en Thaïlande afin de mettre au

point et d'éprouver les techniques simples que pourront utiliser les membres de la famille et les agents de santé pour surveiller la croissance physique et le développement psychosocial de l'enfant. Dans la Région des Amériques, un groupe consultatif sur la croissance ou le développement de l'enfant, comprenant des représentants du FIASE et d'autres organismes s'est réuni en novembre pour définir les mécanismes à appliquer dans l'exécution des programmes et pour déterminer les priorités de la recherche, offrant ainsi un cadre de référence pour les activités de coopération de l'OPS avec d'autres organisations.

87. L'OMS poursuivant sa série de publications sur la santé et la reproduction et sur la planification familiale a établi des directives techniques sur le rôle des méthodes mécaniques de contraception et des spermicides et sur les aspects techniques et gestionnaires des services de vasectomie. Dans la Région africaine, à la suite d'une enquête sur les besoins de formation à la santé familiale dans les pays de l'Afrique au sud du Sahara effectuée par le Centre de formation de Maurice, le programme du cours de régulation de la fécondité tenu de septembre à novembre 1986 a été modifié. Une étude qui vient d'être achevée au Ghana, au Népal et en République-Unie de Tanzanie pour éprouver les directives de l'OMS sur la prévention de l'infécondité, montre l'importance du rôle que peuvent jouer les agents de soins de santé primaires dans ce domaine. La prévention et le traitement rapide des maladies sexuellement transmissibles constitue un aspect vital de ces soins et l'Organisation continue d'appuyer les efforts nationaux dans ce domaine.

88. Le nombre et le pourcentage des jeunes, surtout dans les pays en développement, sont en train d'évoluer rapidement. L'urbanisation accélérée et le changement des usages sociaux ne font qu'accroître les problèmes sanitaires spéciaux auxquels cette partie de la population se trouve confrontée. L'OMS a fourni un appui technique et gestionnaire à plus de 60 pays qui ont défini leurs problèmes nationaux, formulé leurs stratégies et mis au point des programmes de santé destinés aux adolescents. Les représentants de plus de 30 de ces pays d'Afrique, d'Asie et des Amériques ont pris part à des ateliers de formation régionaux et interrégionaux en 1986 sur les méthodes permettant de renforcer la planification, la recherche et la communication sur les besoins des adolescents liés à la santé et à la reproduction. Plusieurs publications sur la santé des adolescents et des jeunes ont été mises au point, notamment dans la Région des Amériques. L'OMS a intensifié, avec les organisations non gouvernementales, surtout celles qui comptent beaucoup de jeunes parmi leurs membres, la collaboration à la recherche sur les besoins sanitaires des adolescents et sur les services de soins de santé primaires permettant d'y répondre.

#### Vaccination contre les principales maladies infectieuses

89. En 1986, l'amélioration de la couverture vaccinale s'est poursuivie. On estime qu'actuellement la moitié des enfants dans le monde reçoivent trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et de vaccin antipoliomyélitique buccal avant d'atteindre l'âge d'un an. Dans les pays en développement (à l'exclusion de la Chine), près de 40 % des nouveau-nés reçoivent les trois doses de vaccin DTC/antipoliomyélitique buccal. Comme le taux des abandons reste de l'ordre de 30 %, on peut estimer que quelque 60 % des nouveau-nés des pays en développement (à l'exclusion de la Chine) reçoivent au moins une dose de vaccin. Il y a donc eu une nette amélioration de la situation de la santé publique au cours des 10 dernières années. Mais en même temps, ces données montrent que l'amélioration n'est certainement pas suffisante, d'autant plus que seuls 20 % des nouveau-nés sont vaccinés contre la rougeole et une proportion équivalente des femmes enceintes contre le tétanos. Avec la couverture vaccinale actuelle, on estime que plus de 3 millions d'enfants meurent encore chaque année de la rougeole, du tétanos néonatal et de la coqueluche, alors que plus de 250 000 enfants sont frappés par la poliomyélite.

90. Un examen complet des progrès du programme élargi de vaccination (PEV) a été présenté par le Directeur général à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1986. L'Assemblée a adopté la résolution WHA39.30 affirmant que le PEV demeurait une priorité mondiale et une étape importante sur la voie de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et soulignant que l'objectif de 1990 ne serait pas atteint sans une accélération sensible des programmes nationaux. Les recommandations comprennent trois actions générales et quatre actions spécifiques. Les actions générales portent sur la promotion de la collaboration intersectorielle, l'adoption d'une association de stratégies d'accélération et la nécessité d'assurer que les acquis consécutifs

à ces efforts soient préservés par le renforcement des services des soins de santé primaires. Les actions spécifiques nécessaires sont les suivantes : fourniture de services de vaccination à tous les points de contact, réduction du taux des abandons, amélioration des services assurés aux populations désavantagées en milieu urbain et priorité spéciale à la lutte contre la rougeole, la poliomyélite et le tétanos néonatal.

91. La Région africaine a déclaré 1986 Année africaine de la vaccination. Beaucoup de pays ont entrepris des activités d'accélération spéciales pour accélérer leurs programmes. La Région des Amériques s'est fixée comme cible l'élimination de la poliomyélite d'ici 1990. Le nombre des cas signalés ne représente plus que 10 % de l'incidence signalée il y a 10 ans. La Région européenne cherche elle aussi à éliminer la poliomyélite d'ici 1990. Les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est ont fixé des cibles de réduction de la maladie et d'amélioration de la couverture vaccinale. La mise sur pied d'une "zone libérée de la maladie" au Pacifique-Sud est activement envisagée.

92. La formation des agents de santé reste hautement prioritaire pour le PEV qui met en particulier l'accent sur la formation des agents de santé périphériques. Une autre priorité importante est l'évaluation du programme au niveau national. Des examens de programmes ont été réalisés dans de nombreux pays. Ces examens constituent une bonne base pour une nouvelle planification ou pour des programmes de vaccination. En compagnie du FISE, des directives ont été établies pour le choix du matériel d'injection du PEV; elles mettent notamment l'accent sur l'utilisation d'une seule aiguille stérile et d'une seule seringue stérile pour chaque injection.

93. En octobre 1986, le groupe consultatif mondial du PEV a réaffirmé les recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le groupe a également recommandé que les enfants asymptomatiques infectés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) reçoivent tous les vaccins du PEV recommandés dans les tableaux de vaccination habituels. Les enfants symptomatiques doivent recevoir tous les vaccins selon le tableau habituel (sauf le BCG).

#### Lutte contre les maladies endémiques au niveau local

94. A fin 1986, 99 % de la population des pays en développement vivaient dans des pays dotés d'un plan bien formulé d'opérations pour la lutte contre les maladies diarrhéiques. L'accent continue d'être mis sur une bonne planification et une formation gestionnaire et technique des personnels à tous les niveaux. En 1986, plus de 2000 personnels ont été formés par des cours appuyés par l'OMS en gestion clinique, formation des administrateurs et formation à la supervision des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques. La collaboration s'est poursuivie avec le FISE pour fournir des sels de réhydratation orale (SRO) et promouvoir une production autosuffisante dans les pays. Plus de 250 millions de sachets ont été produits, dont plus de la moitié dans les pays en développement, et certains pays sont actuellement considérés comme entièrement autosuffisants. La production locale de SRO a commencé au Nigéria et en Zambie. Une réunion sur la collaboration intersectorielle dans la lutte anticholérique a regroupé les ministres de la santé et de l'intérieur de 10 pays d'Afrique de l'Ouest à Bamako, en juin. Dans la Région du Pacifique occidental, un cours de formation à la prise en charge clinique des diarrhéiques a eu lieu au Centre national pour la formation à la réhydratation orale de l'Hôpital San Lazaro à Manille, du 8 au 27 juillet; un atelier sur la formation des formateurs a également été organisé en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

95. Des personnels de haut niveau du ministère de la santé chargés des programmes sur les infections aiguës des voies respiratoires dans 26 pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont suivi des ateliers régionaux sur la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des interventions dans ce domaine dans le cadre des programmes SSP. Un centre collaborateur OMS sur la recherche et la formation dans le domaine des infections aiguës des voies respiratoires a été créé à Chandigarh (Inde).

96. Plusieurs études parrainées par l'OMS sur l'efficacité de la vaccination néonatale par le BCG contre la tuberculose infantile ont été achevées et ont confirmé que la vaccination du nouveau-né et du jeune enfant assure un niveau de protection significatif pendant l'enfance.

97. Une réunion consultative de l'OMS avec les responsables de la lutte antilépreuse qui a eu lieu à Genève en juin a principalement examiné comment intégrer la lutte antilépreuse à un

système de santé de district adapté à la situation et à l'endémicité spécifiques. La polychimiothérapie antilépreuse a fait l'objet d'une promotion intense au moyen de cours et de séminaires destinés au personnel de santé publique de la Région des Amériques. Une évaluation indépendante du programme de lutte antilépreuse entreprise en Inde en février a permis d'obtenir des données sur lesquelles il serait possible de fonder les bases des plans d'éradication de la lèpre dans ce pays. Une réunion consultative de l'OMS sur les modules de formation à la lutte antilépreuse tenue à Genève en mai a recommandé que les modules soient compatibles avec la formation à la lutte contre les maladies diarrhéiques, les infections aiguës des voies respiratoires et le programme élargi de vaccination et qu'ils soient adaptés aux situations locales. Un groupe de travail sur les méthodes de diagnostic rapides de l'infection à Mycobacterium leprae s'est réuni en juin à Manille, suivi immédiatement d'un cours de formation sur le même sujet à Cebu (Philippines) auquel ont assisté des participants venus de Chine, de Corée, de Malaisie, des Philippines, de Singapour et du Viet Nam (voir aussi le paragraphe 123 sur la recherche).

98. Le Conseil exécutif, à sa soixante-dix-septième session en janvier, ainsi que la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ont examiné la question du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et adopté des résolutions tendant à renforcer encore les activités de l'OMS. Une stratégie mondiale a été examinée et une stratégie et un plan d'action régionaux pour l'Afrique ont été élaborés. Des cours de formation destinés au personnel national médical et de laboratoire sur le diagnostic et le traitement ont été organisés au centre collaborateur OMS sur le SIDA à Berlin-Ouest ainsi qu'à Bangui et à Dar-es-Salaam, pour les pays d'Afrique orientale et australe; un atelier régional sur le SIDA a également eu lieu au Koweït. Des informations récentes sur le SIDA ont été présentées à Graz (Autriche) et une réunion internationale a été organisée par l'Ecole nordique de Santé publique à Göteborg (Suède). Les aspects épidémiologiques et autres ont été examinés à une conférence internationale sur le SIDA à Paris en juin. Une consultation interpays sur le SIDA a eu lieu à New Delhi en juillet. Des centres collaborateurs OMS sur le SIDA ont été établis à l'Institut national de Virologie de Pune (Inde) et au Département de Virologie de l'Hôpital Siriraj à l'Université Mahidol de Bangkok (Thaïlande) ainsi qu'en Australie, au Japon et à Singapour.

99. En 1986, la résistance à Plasmodium falciparum a été confirmée dans quatre pays, tous africains. Pour documenter les données d'expérience en lutte antipaludique, des missions SSP ont été entreprises à Haïti, aux Iles Salomon, au Togo et en Zambie, et l'OMS a collaboré à l'examen des programmes de lutte antipaludique, en Arabie saoudite, en Iran, à Sao Tomé-et-Principe et au Soudan. Des missions d'examen sur le paludisme ont été envoyées dans sept pays de la Région de la Méditerranée orientale. Il a été procédé à une évaluation extérieure du programme de lutte antipaludique en Inde, au Népal et à Sri Lanka, et une évaluation commune gouvernement/OMS au Bangladesh a abouti à des recommandations sur les stratégies de lutte antipaludique dans le cadre des SSP. Un atelier régional sur la lutte antipaludique dans le cadre des SSP a eu lieu à Kuala Lumpur. Une stratégie antipaludique régionale révisée a été adoptée dans la Région africaine. La Thaïlande a lancé un projet sur la lutte autogérée et autofinancée contre le paludisme dans les villages. A Maurice, le renforcement et la réorganisation de la surveillance ont abouti à une réduction de la transmission du paludisme dont le niveau a été très faible en 1986 (voir aussi le paragraphe 123 sur la recherche).

100. En collaboration avec USAID, un cours pratique de cinq mois sur l'entomologie médicale et la lutte antivectorielle a été donné en Birmanie. Des cours de formation destinés aux personnels de niveau moyen chargés de la lutte antivectorielle dans les pays et à l'échelon interpays ont été donnés en collaboration avec DANIDA, en Birmanie, en Chine et en Egypte. Des cours de maîtrise ès sciences en entomologie médicale ont été donnés en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Nigéria, au Soudan, en Indonésie, en Thaïlande et au Panama. Un atelier interpays a été organisé à Lahore (Pakistan) en juillet pour former des médecins et des techniciens de laboratoire aux techniques nécessaires pour la surveillance du paludisme pharmacorésistant. Les deux premiers cours internationaux de paludologie donnés en français ont été suivis par 31 participants de 15 pays africains. Le premier a eu lieu au Burundi et le second au Burkina Faso et en France. Ces cours ont été appuyés par les Gouvernements belge, burundais et français ainsi que par le Centre international pour le Développement social et la Santé communautaire.

101. Beaucoup de pays ont poursuivi leurs efforts visant à intégrer les activités de lutte contre les autres maladies parasitaires aux SSP. Un Comité d'experts de l'Onchocercose s'est réuni en avril pour faire le point des connaissances et envisager les méthodes de lutte futures

(voir aussi le paragraphe 123 sur la recherche). La Bolivie est en train de mettre au point un programme national de chimiothérapie pour lutter contre les helminthiases gastro-intestinales dans le cadre des SSP avec une participation communautaire. Un projet pilote assurant une approche globale de la lutte contre la schistosomiase a été lancé en Egypte. Des programmes de lutte contre la schistosomiase dans le cadre des SSP ont été mis au point à Madagascar et en République-Unie de Tanzanie. Le premier atelier régional africain sur la dracunculose a eu lieu à Niamey (Niger) en présence de 50 participants de 14 des 19 pays africains touchés. En Equateur, au Honduras, au Paraguay et en Uruguay, les études épidémiologiques sur la trypanosomiase américaine (ou maladie de Chagas) qui ont été achevées serviront de base à une réorientation appropriée des activités de lutte antivectorielle. Des directives détaillées et pratiques pour la planification des programmes nationaux de lutte contre la trypanosomiase africaine ont été établies. Au cours de l'année, on a distribué des réactifs permettant de procéder à quelque 2,5 millions d'épreuves sérologiques sur la trypanosomiase africaine. Des programmes de formation ont été organisés dans trois pays et huit programmes nationaux de lutte ont été évalués (voir aussi le paragraphe 123 sur la recherche).

102. Les progrès se sont poursuivis dans le domaine de la biologie des vecteurs et de la lutte antivectorielle. Des ateliers nationaux sur l'utilisation sans danger des pesticides ont eu lieu dans la Région de la Méditerranée orientale. Un centre collaborateur OMS sur la recherche et la formation aux méthodes environnementales de lutte antivectorielle a été mis sur pied au centre de recherche sur la lutte antivectorielle du Conseil indien de la Recherche médicale à Pondicherry (Inde) qui a organisé des cours de formation en entomologie médicale. Des directives concernant l'incidence des projets de mise en valeur des ressources en eau sur les maladies transmises par des vecteurs ont été publiées avec l'appui du tableau OMS/FAO/PNUÉ d'experts de l'aménagement de l'environnement pour la lutte contre les vecteurs. Des directives ont été établies pour la lutte contre les ravageurs dans les camps de réfugiés. Une consultation sur la participation communautaire à la lutte contre les vecteurs de maladie a été organisée conjointement avec le Conseil indien de la Recherche médicale, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et le Siège (Division de la Biologie des Vecteurs et de la Lutte antivectorielle et Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales).

103. EMRO et le programme méditerranéen de lutte contre les zoonoses ont collaboré à l'organisation du deuxième cours de formation sur la brucellose en 1986. Les nouvelles technologies de lutte contre les zoonoses ont été examinées lors d'une réunion d'experts tenue à Rome en octobre dans le cadre de la contribution de l'OMS à un séminaire de la FAO. Un cours de formation interpays sur la mise au point de techniques de terrain pour la lutte contre la rage canine a eu lieu à Sri Lanka en janvier. Les participants à des consultations à Munich et à Moscou ont examiné des mesures spécifiques et non spécifiques visant à prévenir et à combattre la salmonellose humaine.

104. Un symposium OPS/OMS sur l'hépatite virale dans les pays d'Amérique latine a été organisé à Caracas en septembre; en mai, une consultation sur le programme OMS de lutte contre l'hépatite virale a fait des recommandations concernant la stratégie optimale de vaccination contre l'hépatite B.

#### Prévention et traitement des maladies et traumatismes courants

105. L'OMS a poursuivi l'approche des SSP dans les programmes nationaux pour la prévention des maladies cécitantes. Une équipe spéciale sur les priorités de la prévention de la cécité dans les pays africains a eu lieu à Brazzaville sous le parrainage des ONG collaborant au programme. Dans l'ensemble, la cataracte est la principale cause de cécité et une intervention chirurgicale est indispensable pour rétablir la vue. Une réunion internationale sur le traitement de la cataracte dans le cadre des systèmes SSP a eu lieu en Indonésie en décembre. En ce qui concerne la recherche appliquée, un nouveau système simplifié de notation pour le trachome a été mis au point afin de faciliter une évaluation fiable de la maladie et de ses complications par des personnels de santé auxiliaires spécialement formés à cet effet et une nouvelle méthodologie a été élaborée pour des enquêtes simplifiées de terrain basées sur la population et concernant la cécité et ses causes. Au Burkina Faso, l'OMS a collaboré à des études sur la prévalence des maladies de l'oeil chez les écoliers de Ouagadougou. Une équipe spéciale régionale sur la prévention de la cécité s'est réunie à Brazzaville en octobre en présence de participants de 12 pays et de représentants de plusieurs ONG.

106. Le premier séminaire international OMS sur l'épidémiologie, la planification et la conception de programmes intégrés de mesures de santé communautaire pour lutter contre les maladies non transmissibles qui a eu lieu en Finlande en novembre a mis l'accent sur la formation des coordonnateurs de programmes nationaux. Les principaux chercheurs de l'étude d'intervention intégrée sur les maladies non transmissibles dans l'ensemble des pays se sont réunis à Reykjavik pour examiner les directives de surveillance et d'évaluation et d'autres aspects de la mise en oeuvre. L'OPS a encouragé un projet de surveillance régionale pour les programmes intégrés de lutte contre les maladies non transmissibles. Des groupes de travail sur les programmes intégrés poursuivent activement leurs activités dans plusieurs pays (Brésil, Chili, Cuba, Mexique et Venezuela).

107. C'est peut-être la prévention primaire qui offre les meilleures perspectives pour une réduction du nombre de décès par cancer dans le monde entier. L'OMS collabore à des études épidémiologiques sur le cancer primaire du foie entreprises en Zambie et à des projets pilotes de lutte anticancéreuse dans le cadre des SSP au niveau du district au Congo, au Libéria et au Zimbabwe. Des ateliers interdisciplinaires plurinationaux de lutte contre le cancer du col utérin ont été organisés en Bolivie, au Brésil et au Pérou en avril ainsi qu'en Amérique centrale et au Panama en mai. Un cours international sur la recherche épidémiologique sur le cancer donné au Chili en octobre a mis l'accent sur l'application pratique des résultats de la recherche. Une méthodologie permettant de fixer les priorités des programmes de lutte anticancéreuse a été mise au point par l'OMS pour comparer l'efficacité et les coûts de diverses approches de lutte anticancéreuse. Le soulagement de la douleur cancéreuse est également un important problème de santé publique. Des épreuves utilisant les directives de l'OMS pour le soulagement de la douleur ont été réalisées au Japon et une conférence sur le soulagement de la douleur cancéreuse a été organisée en collaboration avec la Région des Amériques.

108. Les administrateurs de programmes nationaux responsables de la lutte contre le rhumatisme articulaire aigu/cardiopathie rhumatismale de 16 pays en développement de cinq Régions de l'OMS se sont réunis en novembre. Les activités dans ce domaine sont mises au point en collaboration étroite avec le Comité du rhumatisme articulaire aigu et de la cardiopathie rhumatismale de la Société et Fédération internationales de Cardiologie et avec le concours financier d'AGFUND.

109. Le projet MONICA de l'OMS qui regroupe 41 centres collaborateurs de 26 pays et couvre quelque 30 millions de personnes surveille les tendances et les déterminants des maladies cardiovasculaires. Le premier examen du contrôle de la qualité des centres collaborateurs concernés a été entrepris par le comité d'orientation du projet en 1986 et le premier Congrès international MONICA a eu lieu à Augsburg (République fédérale d'Allemagne) du 27 février au 1<sup>er</sup> mars. Une réunion OMS sur l'appui à l'information a fait des recommandations sur l'utilisation de la méthodologie MONICA pour la mise au point de programmes intégrés. Des centres de 18 pays ont pris part à un projet pilote de trois mois pour la mise à l'épreuve du protocole d'étude sur les déterminants biopathologiques de l'athérosclérose chez les jeunes.

110. Des modèles de programmes de lutte contre le diabète axés sur la communauté ont été examinés à l'occasion d'un atelier coparrainé par l'OMS sur le traitement du diabète comme modèle pour les SSP en juin à Stockholm; les matériels utilisés par l'atelier seront diffusés par l'OMS. Une réunion finale des principaux chercheurs de l'étude multinationale OMS sur les complications vasculaires du diabète à Rome a examiné les données de mortalité fournies par 14 centres participants. En République-Unie de Tanzanie, un projet pilote de lutte contre les maladies cardio-vasculaires et le diabète sucré dans le cadre des SSP a été entrepris dans trois districts.

#### Médicaments essentiels

111. L'année 1986 a marqué un tournant. Après la Conférence sur l'usage rationnel des médicaments qui a eu lieu à Nairobi en 1985, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a entièrement souscrit à la stratégie pharmaceutique révisée en préconisant à la fois l'accélération des activités existantes et une intervention dans un certain nombre de domaines nouveaux. Plusieurs des mesures recommandées ont été planifiées et partiellement mises en oeuvre en 1986 et des démarches ont été faites pour accroître le niveau du financement extrabudgétaire de US \$4 millions par année comme l'a décidé l'Assemblée mondiale de la Santé.

112. L'accent a été mis surtout sur le renforcement de la capacité des pays à concevoir, exécuter et évaluer des politiques nationales de médicaments essentiels. Le nombre de pays formulant et exécutant des programmes de médicaments essentiels a dépassé les cibles pour 1986 et les médias continuent de s'intéresser de très près à ces questions. En Amérique centrale et au Panama, un projet sous-régional et plusieurs projets de pays sont en cours pour appuyer la mise au point et l'exécution de politiques sur les médicaments essentiels. Plusieurs pays qui disposent de formulaires nationaux très importants ont réduit le nombre de médicaments disponibles dans le secteur public; certains pays industrialisés sont en train d'introduire des listes limitées et/ou de remplacer certains produits par des produits génériques. De nouveaux programmes de fourniture de médicaments et de vaccins essentiels ont été entrepris au Botswana, au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Ouganda avec une aide bilatérale ou multilatérale ou des prêts de la Banque mondiale.

113. Vu la complexité, au niveau national et international, de l'approvisionnement en produits finis et en matières premières, leur prix est souvent plus élevé que cela ne serait nécessaire. Les appels d'offre demeurent un des moyens d'obtenir des médicaments de qualité acceptable à bas prix. Plusieurs programmes d'achat sont actuellement en place dans la Région des Amériques. Des informations à jour sur les prix internationaux et les fournisseurs fiables peuvent maintenant être obtenues sur demande auprès de l'OMS et du FISE. Une première contribution d'environ US \$3 millions a été apportée en 1986 au fonds d'achat de médicaments essentiels qui est en train d'être mis sur pied avec le FISE. Une portion importante des budgets nationaux de la santé est consacrée aux médicaments mais une grande partie ne va pas aux médicaments essentiels. De meilleurs systèmes de financement, notamment des systèmes de recouvrement des coûts, sont nécessaires de toute urgence pour assurer l'approvisionnement régulier des médicaments essentiels. Plusieurs pays sont en train de concevoir et d'appliquer des systèmes de recouvrement des coûts et l'on a examiné les expériences faites avec d'autres méthodes de financement de l'approvisionnement en médicaments. Les fonds extrabudgétaires pour le programme d'action pour les médicaments et vaccins essentiels ont augmenté et le Danemark, le Japon, les Pays-Bas et la Suède le soutiennent par l'envoi d'experts. La mobilisation de ressources internationales pour la mise en oeuvre du programme continue d'être renforcée par des dispositions bilatérales et multilatérales ou par les banques de développement.

114. Plusieurs organisations non gouvernementales ont adopté les principes du programme des médicaments essentiels pour leurs opérations et d'autres sont en train de les promouvoir activement. L'évaluation du nécessaire d'urgence contenant des assortiments de médicaments a commencé en 1986. Un programme mixte OMS/Commission médicale chrétienne a été lancé en 1986. Malgré les possibilités qui s'offraient, la coopération technique entre pays en développement n'a rencontré que des succès limités dans le domaine des médicaments essentiels. Plusieurs pays d'Amérique du Sud sont en train de se grouper pour acheter des matières premières et des produits finis ou obtenir des informations à leur sujet. Le Bureau régional du Pacifique occidental aide les petits pays du Bureau du Pacifique-Sud pour la coopération économique en soutenant leurs efforts visant à mettre sur pied un système d'achat commun. Des recherches sont en cours pour améliorer l'impact et l'efficacité du programme, par exemple en estimant les besoins de médicaments avec plus d'exactitude, en évaluant l'utilisation et la stabilité des médicaments et en favorisant la participation communautaire et les systèmes de recouvrement des coûts, etc. Une étude socio-économique sur les dépenses familiales consacrées à l'achat de médicaments sera entreprise dans plusieurs pays et notamment au Kenya où l'application pratique de l'étude a commencé en 1986. Une étude socio-culturelle sur la perception et l'utilisation des médicaments par la population a été mise au point et a commencé à être appliquée à Chypre à fin 1986.

115. Pour la Région de la Méditerranée orientale, le premier cours de formation interpays en arabe sur la gestion de l'approvisionnement en médicaments pour les SSP a été dispensé et six ateliers nationaux ont été organisés sur l'usage rationnel des médicaments essentiels. Une réunion interpays sur les politiques et la gestion pharmaceutique tenue en octobre a examiné les progrès enregistrés et les stratégies commerciales en ce qui concerne l'application des priorités nationales pour les médicaments essentiels.

#### Autres composantes

116. La prévalence des caries dentaires a continué de baisser dans les pays fortement industrialisés et dans certains pays en développement. Un atelier interpays destiné aux directeurs

des programmes nationaux de santé bucco-dentaire de 11 pays de la Région de la Méditerranée orientale a été organisé lors de l'ouverture du nouveau centre de démonstration, de formation et de recherche en santé bucco-dentaire à Damas, qui est un centre collaborateur de l'OMS. Dans la Région africaine, un cours de formation de cinq semaines sur les soins dentaires de santé publique a été donné à Nairobi à l'intention de participants des pays anglophones de la Région avec l'appui technique de personnels du Bureau régional de l'Europe et le concours financier de DANIDA. Des mesures ont été prises en vue d'une association formelle entre le programme OMS de santé bucco-dentaire et la Fédération dentaire internationale.

117. Un des principaux résultats de la deuxième réunion mondiale de liaison sur la prévention des accidents et des traumatismes à Genève en 1986 a été la décision de promouvoir l'utilisation des ceintures de sécurité et les mesures de sécurité pour les enfants à bord des véhicules à moteur dans le plus grand nombre de pays possible. Un atelier interpays sur l'épidémiologie des accidents et leur prévention a eu lieu à Amman. Afin d'améliorer la qualité de l'enseignement au niveau du district, des guides souples d'enseignement et d'apprentissage décrivant les technologies de réadaptation et des directives de la planification, de gestion et d'évaluation des programmes de réadaptation au niveau du district et au niveau national ont été élaborés. Dans la Région des Amériques, les autorités sanitaires de grandes villes ont analysé les possibilités d'étendre la couverture de réadaptation à base communautaire et élaboré des directives qui sont actuellement utilisées à Buenos Aires. Deux ateliers à Lima ont mis l'accent sur la réadaptation à base communautaire, la réadaptation des aveugles et l'ergothérapie dans les programmes de réadaptation. Une réunion à laquelle ont assisté des participants de la Colombie, des Etats-Unis d'Amérique et du Venezuela a été organisée par l'OPS pour examiner l'intensification des efforts de prévention de la surdité.

118. Afin de mieux sensibiliser les gens aux besoins et aux problèmes particuliers des personnes âgées dans une société en mutation et de promouvoir les conditions favorables aux soins aux personnes âgées à l'intérieur de la famille, l'OPS a organisé un cours de gérontologie, de gériatrie et d'administration des programmes pour les personnes âgées à Buenos Aires. La première publication de la banque de données bibliographiques informatisées sur la gérontologie a été envoyée à diverses institutions collaborant au projet dans la Région. Une séance d'information sur les soins de santé aux personnes âgées à Washington coparrain e par l'OPS, le Kellogg International Programme on Health and Aging et l'Institut de Médecine sociale de l'Université de Copenhague a abouti à une publication scientifique de l'OPS sur les progrès accomplis pour améliorer le bien-être des personnes âgées.

119. En Oman et au Yémen, des cours de formation nationaux ont été donnés pour promouvoir de meilleurs soins de santé aux travailleurs et un cours national sur la pneumoconiose a été donné en Chine. Une réunion interpays sur les SSP au lieu de travail a eu lieu à Bagdad pour examiner l'état des problèmes professionnels et discuter des autres approches possibles du développement des services de médecine du travail dans le contexte des SSP. Un projet de manuel de formation des agents SSP a été mis au point. Une réunion interpays avec la Commission des Communautés européennes et l'OIT a abouti à des directives sur la formation à l'hygiène industrielle. De nouvelles études de cas pour l'enseignement de l'épidémiologie professionnelle ont été publiées sous forme de feuilles volantes; cette publication est utilisée dans quelque 150 écoles de santé publique et départements d'hygiène et d'épidémiologie du travail.

120. Des ateliers pluridisciplinaires au Pakistan, en Tunisie, au Yémen et au Yémen démocratique ont élaboré des plans pour la mise en oeuvre de programmes nationaux de santé mentale. Des cours de formation destinés aux médecins et aux personnels de santé mentale dans le domaine des SSP ont été donnés en Iraq, en Jamahiriya arabe libyenne, au Pakistan, au Soudan et au Yémen démocratique. Une réunion interpays sur la mise au point de méthodes d'enseignement pour les praticiens de la formation en santé mentale a eu lieu à Bahreïn. La Chine, la Colombie, le Mexique, le Nigéria et le Sénégal ont lancé des programmes d'action de lutte communautaire contre l'épilepsie, en adaptant les méthodes de traitement aux conditions locales.

121. Les problèmes liés à l'abus de l'alcool et des drogues ont une importance croissante pour beaucoup de pays. Une trentaine de pays ont été représentés à la Conférence des ministres de la santé sur l'abus des stupéfiants et des substances psychotropes qui s'est tenue à Londres en mars. La réunion finale des experts participant à l'élaboration des directives OMS sur la mise

au point et l'évaluation de politiques nationales contre l'abus des drogues et une réunion consultative visant à mettre au point des directives sur l'identification des individus et des groupes à haut risque d'abus de drogues ont également eu lieu en 1986. Un groupe de travail sur les rôles respectifs des SSP et des services spécialisés dans la mise au point et l'application de programmes à l'intention des gros buveurs s'est réuni à Oslo. Des groupes de travail sur les problèmes liés à la drogue chez les adolescents se sont réunis à Tobago et à Tokyo. Une consultation sur l'influence des intérêts économiques et autres dans la consommation de l'alcool et les problèmes connexes a été organisée à Dublin. Un manuel de base contenant des directives pour le traitement des problèmes liés à l'alcool et à la drogue par les agents SSP a été établi. Sur la base de travaux effectués en Autriche, en Bulgarie, aux Etats-Unis d'Amérique, au Kenya, au Mexique et en Norvège, une procédure de dépistage simple a été mise au point pour faciliter l'identification des problèmes liés à l'alcool au cours des phases précoces. Plusieurs pays sont particulièrement préoccupés par le phénomène nouveau de l'inhalation de solvants qui gagne rapidement du terrain. Au Mexique, un groupe consultatif s'est réuni en avril pour formuler des recommandations visant à faire face au problème. Une méthodologie pour la notification internationale en matière d'abus des drogues a été mise au point à l'occasion de la réunion d'un groupe de travail OMS à Penang (Malaisie) et des épreuves pilotes ont été réalisées dans 10 pays dans le cadre de la mise en place d'un système de préalerte.

122. Un groupe de travail sur les pratiques de prévention du suicide et des tentatives de suicide s'est réuni au Royaume-Uni et un autre groupe de travail sur la prévention du suicide en Amérique latine s'est réuni à Washington. En collaboration avec la Commission mixte sur les aspects internationaux de l'arriération mentale, l'OMS a publié une brochure d'information générale sur l'arriération mentale et a mis sur pied une liste de centres scientifiques travaillant dans le domaine qui sont prêts à participer à une collaboration internationale.

#### V. TECHNOLOGIE APPROPRIÉE ET DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

123. La recherche concernant les maladies tropicales a continué d'enregistrer des progrès sur les principales technologies de lutte contre les maladies. Un vaccin contre la lèpre fait actuellement l'objet d'essais cliniques au Venezuela et au Malawi. La mise au point d'un vaccin antipaludique en est arrivée aux essais de phase I sur des volontaires humains. Les premiers essais cliniques d'un vaccin antsporozoïtes produit par clonage du gène de l'ADN et mis au point par le Walter Reed Army Institute of Research et le National Institute of Health ont commencé aux Etats-Unis d'Amérique au début de l'année. Des essais cliniques d'un autre vaccin antsporozoïtes basé sur la même molécule de surface et produit par synthèse chimique devraient commencer à la fin de 1986. Des directives sur l'évaluation épidémiologique de vaccins contre les sporozoïtes de P. falciparum ont été établies. Dans les essais cliniques, la difluoro-méthylornithine s'est révélée à la fois sans danger et efficace dans le traitement de la trypanosomiase africaine. L'ivermectine a également été très efficace comme chimiothérapie venant compléter l'action des larvicides dans la lutte contre l'onchocercose. De nouvelles techniques, notamment les pots fumigènes et la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent pour lutter contre le triatome, vecteur de la maladie de Chagas, ont donné des résultats encourageants. Au cours de l'année, d'importants progrès ont été réalisés dans la mise au point de vaccins buccaux contre le choléra et les rotavirus. Un projet d'exigences concernant les vaccins contre l'hépatite B produits par le génie génétique a été établi. De nouvelles procédures ont été introduites pour la certification des vaccins PEV, pour lesquelles les autorités sanitaires nationales de contrôle ont assumé la responsabilité directe.

124. Une étude a été commencée pour évaluer les résultats de la structure radiologique de base (BRS) de l'OMS. Un atelier BRS a eu lieu à Harare (Zimbabwe) en mai. La comparaison des procédés d'imagerie en médecine nucléaire a été menée à bien dans 30 pays de la Région européenne et de celles des Amériques, du Pacifique occidental et de la Méditerranée orientale. Le premier congrès mondial de l'emploi des ultrasons dans les pays en développement parrainé par l'OMS et la Fédération mondiale de médecine et de biologie des ultrasons a eu lieu en Yougoslavie et un symposium AIEA/OMS sur la radiothérapie dans les pays en développement - état actuel et tendances futures - a été organisé en Autriche. Un cours de formation et un voyage d'étude AIEA/OMS sur la médecine nucléaire ont été organisés en URSS. Deux ateliers sur l'assurance de la qualité en radiologie ont eu lieu dans les Régions de la Méditerranée orientale

et de l'Asie du Sud-Est. Dans le cadre des activités de l'OMS à l'appui de la recherche collective sur le développement de la technologie sanitaire, une conférence internationale des autorités de réglementation sur les appareils médicaux a eu lieu à Washington. Le premier numéro de la lettre d'information commune AIEA/OMS sur l'assurance de la qualité en médecine nucléaire est paru et a été distribué à toutes les régions.

125. En mai 1986, le Comité consultatif de la recherche médicale (CCRM) a été rebaptisé Comité consultatif de la recherche en santé (CCRS). Un rapport sur la stratégie de la recherche en santé a été publié et largement diffusé aux ministères, organisations non gouvernementales, conseils de la recherche médicale, universités, instituts de recherche et revues scientifiques intéressés qui ont tous été priés de présenter leurs observations.<sup>1</sup> Les concepts méthodologiques et opérationnels de la stratégie seront éprouvés dans le cadre des besoins nationaux de la recherche. Le sous-comité du CCRS sur le renforcement du transfert de technologie aux pays en développement, plus particulièrement sous l'angle de la santé, a mis l'accent sur les contributions potentielles des nouvelles technologies aux programmes de santé nationaux et sur le rôle que peut jouer l'OMS pour faciliter ces contributions. Il a notamment été recommandé aux pays en développement de mettre sur pied des mécanismes spécialisés pour évaluer l'adéquation des technologies nouvelles à leurs propres besoins, de conclure des accords de collaboration dans le cadre de l'OMS, de promouvoir des projets pilotes comme l'utilisation de systèmes experts dans les programmes opérationnels et d'assurer la surveillance continue, par l'intermédiaire du CCRS, des technologies nouvelles et naissantes. La raison d'être de la recherche sur les personnels de santé est d'aboutir à des décisions fondées sur une meilleure information en ce qui concerne les systèmes de santé intégrés et le développement des personnels et par conséquent à faire en sorte que les personnels puissent répondre de manière plus efficace au défi de la santé pour tous. Des initiatives ont été lancées au niveau mondial, régional et national pour mettre en pratique la conception du CCRS en matière de recherche sur les personnels de santé.

126. La première d'une série d'ateliers sous-régionaux sur les priorités et les stratégies de la recherche a été tenue au Guatemala à l'intention de représentants des ministères de la santé, des universités et des conseils nationaux de la recherche du Belize, des pays d'Amérique centrale, y compris le Panama et de la République dominicaine. Un atelier pluridisciplinaire de recherche sur les services de santé pour les pays anglophones des Caraïbes a été organisé à la Trinité-et-Tobago. Dans la Région de la Méditerranée orientale, une équipe spéciale mise sur pied pour collaborer avec quelques pays à l'appui de la mise au point et de l'exécution de politiques et de stratégies nationales pour la recherche a commencé ces travaux au Koweït et au Pakistan.

127. Le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine a continué d'exécuter, de promouvoir, de coordonner et d'évaluer les recherches liées à la planification familiale et de renforcer les capacités de recherche des pays en développement, en poursuivant ses études sur les aspects sociaux et comportementaux des pratiques de régulation de la fécondité. Des essais cliniques à grande échelle ont commencé sur un anneau vaginal libérant du lévonorgestrel et des préparations injectables mensuellement sont en train d'être éprouvées dans des centres appuyés par le Programme spécial dans le monde entier. Un vaccin de régulation des naissances mis au point par le Programme fait l'objet d'essais cliniques initiaux en Australie. Le Programme a également mis au point un système simplifié de diagnostic et de traitement des couples inféconds.

128. D'importants programmes de renforcement institutionnel ont été entrepris dans cinq nouveaux pays en développement et près de 120 spécialistes scientifiques de pays en développement ont reçu une formation avancée en recherche sur la reproduction humaine. Des stratégies spéciales ont été élaborées pour renforcer les capacités de recherche des pays de l'Afrique au sud du Sahara de faire face aux problèmes qui leur sont propres.

---

<sup>1</sup> Document WHO/RPD/ACHR/HRS/86.

129. La qualité et l'application de la technologie médicale ont suscité des préoccupations professionnelles et publiques croissantes qui ont mis l'accent sur le rôle d'appui du programme mondial de technologie appropriée pour la santé; un réseau d'ONG, d'institutions et de particuliers collaborant avec l'OMS est en train d'être établi pour couvrir les six régions. On a prévu trois grands domaines d'activités (technologie de la communication, de laboratoire et radiologique). Simultanément, une série de modules d'information sur les 10 domaines clés ci-après font l'objet d'une large diffusion : technologie de la communication, différences dans la pratique des soins de santé, stimulants et handicaps budgétaires pour l'utilisation de technologies appropriées, évaluation de l'utilisation de la technologie médicale, technologie de laboratoire, technologie de l'imagerie, technologie périnatale, sécurité des soins de santé, utilisation des médicaments et technologie de la contraception. Des projets d'étude détaillés sur la plupart de ces 10 domaines viennent de commencer ou sont bien avancés. Les résultats des études sont déjà disponibles en ce qui concerne l'utilisation de l'informatique dans les soins de santé primaires, les différences en matière de pratique des soins de santé primaires, l'utilisation de la pompe internationale à insuline, la technologie de l'imagerie et l'utilisation des aminoglycosides.

## VI. MOBILISATION DES RESSOURCES

130. Au début de l'année, on pouvait espérer une certaine amélioration des économies nationales et du transfert de ressources internationales. Mais, par la suite, la croissance économique mondiale s'est sensiblement ralentie, affectant par contrecoup l'aide publique au développement qui n'a pas augmenté en termes réels depuis cinq ans. Les fluctuations des taux de change, notamment du dollar des Etats-Unis, et des prix des produits pétroliers, ont entraîné pour la plupart des pays aussi bien des avantages que des inconvénients. Dans l'ensemble, les questions économiques ont continué de préoccuper la plupart des ministères de la santé et de constituer des contraintes réelles à l'accélération du développement national de la santé. Ces questions font constamment l'objet de consultations avec les organismes bilatéraux, les organismes de financement du système des Nations Unies, la Banque mondiale, les banques régionales et les organisations non gouvernementales; un nouvel esprit de partenariat a fait son apparition dans les relations avec plusieurs organismes de financement importants. L'Italie et la Belgique ont été ajoutées à la liste des pays qui examinent et planifient régulièrement des efforts de coopération avec l'OMS.

131. La Guinée-Bissau, avec l'appui de l'OMS, a rencontré les donateurs dans le cadre de la table ronde du PNUD qui a annoncé des contributions pour les activités de santé prioritaires. Il a été procédé à des analyses de l'utilisation des ressources dans les pays à Djibouti, aux Iles Salomon et au Mali. L'OMS, avec la Banque mondiale, le PNUD et les principaux gouvernements donateurs, a assuré le suivi des examens des besoins spéciaux dans plusieurs autres pays, notamment les pays africains touchés par la sécheresse et la crise économique.

132. Le dialogue entre l'OMS et la Banque mondiale a été intensifié au cours de discussions politiques et de l'examen de questions précises telles que l'accélération de la planification familiale en Afrique (étroitement coordonnée avec le FNUAP). Le Bureau régional de l'Afrique a mis sur pied une unité de mobilisation des ressources sanitaires; il a organisé à l'intention de cinq Etats Membres d'Afrique occidentale un atelier visant à identifier les lacunes dans les ressources et à établir des priorités pour le financement extérieur. La Région a reçu un don de US \$3,3 millions d'USAID destiné à assurer l'exécution de divers programmes de lutte contre les maladies infectieuses. Parmi les problèmes rencontrés dans la Région africaine, on peut mentionner les retards dans les activités de pays qui entravent le calendrier d'application des cycles de projets et l'approbation des fonds par les organismes donateurs; l'abandon de projets après le retrait du donateur; et le manque de compréhension des gouvernements en ce qui concerne la distinction entre les projets qui nécessitent clairement une participation bilatérale et ceux qui peuvent être financés par des organismes multilatéraux ou des organisations bénévoles.

133. Malgré la crise financière, l'élan imprimé dans la Région des Amériques à la mobilisation des ressources en 1985 a été maintenu - en concentrant les efforts sur la formulation des programmes en Amérique centrale - pour justifier l'appui déjà fourni par les donateurs bilatéraux tels que les Etats-Unis d'Amérique, la France, l'Italie, les Pays-Bas et la République fédérale d'Allemagne, ainsi que dans le cadre de l'initiative de Coopération pour la santé dans les

Caraïbes, pour mener à bien la première étape du financement extérieur. L'OMS a continué de collaborer étroitement avec la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de Développement et la Banque de Développement des Caraïbes (voir aussi paragraphes 138 et 139).

134. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, où un répertoire des profils de donateurs a été établi, la récession économique a fait apparaître une tendance à la coopération bilatérale pour le développement. Dans la Région européenne, l'OMS a été l'agent d'exécution pour 27 projets de pays et interpays financés par le PNUD, le PNUÉ et le FNUAP dont les crédits dépassaient US \$1 750 000; les contributions volontaires dans la Région ont dépassé US \$600 000. Un soutien a été fourni aux Etats Membres de la Région du Pacifique occidental pour rationaliser et mobiliser des ressources en faveur des activités sanitaires à l'appui des stratégies nationales. Une analyse de l'utilisation des ressources dans les pays a été entreprise aux Iles Salomon en 1986. Douze projets nationaux de pays dans la Région ont été appuyés par le PNUD. Un programme de coopération pour le secteur de la santé au Viet Nam qui a été mis au point avec l'Australian Development and Assistance Bureau en collaboration avec le FISE devrait commencer en 1986.

135. Il a été procédé à un examen de la stratégie globale de l'OMS pour la mobilisation des ressources sanitaires afin d'appliquer de nouvelles modalités pour le traitement systématique des besoins connus de financement extérieur et d'aborder les gouvernements et les organismes donateurs avec plus d'efficacité et à un moment plus opportun. Cette initiative s'inscrit aussi dans le cadre de la formation et de l'orientation permanente des représentants de l'OMS.

## VII. COOPERATION INTERPAYS

136. On enregistre des signes croissants d'un renforcement de la coopération entre les pays pour l'application des stratégies nationales. Le groupe de coordination des pays non alignés et en développement a examiné la mise en oeuvre du plan de santé à moyen terme (1984-1989) et a fait des propositions de modification. La huitième Conférence des Chefs d'Etat et de gouvernement des pays non alignés à Harare (Zimbabwe) a approuvé le plan à moyen terme et invité les pays à prendre des mesures appropriées pour sa mise en oeuvre, y compris la mise au point de plans biennaux. Parmi les activités du plan figurent la promotion de la coopération technique entre pays en développement (CTPD) et la constitution d'une masse critique de promoteurs de la santé chargés de poursuivre la CTPD à l'appui de stratégies nationales de la santé pour tous. En 1986, trois colloques internationaux sur la CTPD et la promotion de la santé pour tous ont été organisés et accueillis respectivement par Cuba, la Thaïlande et la Yougoslavie (voir aussi le paragraphe 15). Les participants à ces colloques ont examiné des questions critiques de mise en oeuvre de leurs stratégies nationales de la santé pour tous, ainsi que les domaines prioritaires et les mécanismes de coopération technique entre les pays à l'appui de ces stratégies. Plusieurs accords informels sur la CTPD ont été conclus entre les pays participants. La plus grande partie des coûts locaux ont été supportés par le pays hôte; l'OMS a pris à sa charge les frais de déplacement et les frais techniques, cependant que la contribution du PNUD baissait sensiblement. Le centre de coopération pour la santé avec les pays non alignés et en développement à Zagreb (Yougoslavie) a été rebaptisé centre collaborateur OMS pour la CTPD en développement de la santé.

137. Les projets interpays dans la Région africaine ont été progressivement remplacés en 1986 par des équipes travaillant dans les trois bureaux sous-régionaux de développement sanitaire; les équipes ont été renforcées pour mieux répondre aux besoins spécifiques des pays. L'OMS a apporté son concours pour renforcer les infrastructures de santé, assurer des fournitures médicales et développer les personnels de santé pour venir en aide aux pays de première ligne et à leurs populations déplacées. Au début de l'année, un plan d'action pour les opérations de secours d'urgence a été approuvé dans la Région africaine en réponse aux demandes des Etats Membres et des plans nationaux de préparation aux situations d'urgence ainsi que des systèmes de préalerte ont été mis sur pied avec l'appui de l'OMS. Deux ateliers - l'un en anglais et l'autre en français - ont été organisés pendant l'année pour former des experts régionaux à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours; à la fin de l'année un centre de formation régional était presque entièrement opérationnel.

138. Le plan concernant les besoins de santé prioritaires en Amérique centrale et au Panama a fourni à l'OMS des données d'expérience encourageantes dans ses relations avec le Belize, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et le Panama en tant que groupe. Des équipes pluridisciplinaires ont été constituées au sein desquelles plus de 300 professionnels ont mis au point des profils de projets, des propositions préliminaires et des projets finaux et organisé un dossier comprenant 40 projets sous-régionaux et 267 projets nationaux dans les domaines prioritaires du plan. L'accueil favorable réservé par les organismes et les gouvernements donateurs, dans la Région et au dehors, constitue le meilleur indicateur de la faisabilité et des possibilités de cette initiative. Plusieurs organisations internationales dont le FISE, le FNUAP et le PNUD ont d'ailleurs exprimé leur soutien et l'accueil des organismes bilatéraux est également encourageant. USAID a signé un accord avec l'OPS pour fournir US \$6,5 millions d'aide au contrôle de la qualité et aux systèmes de distribution des médicaments ainsi qu'à la lutte antipaludique. L'Espagne, qui avait auparavant parrainé la Conférence de Madrid a apporté une contribution de US \$10 millions en 1986, les Pays-Bas US \$19 millions, la France US \$600 000, la Suisse US \$2 millions environ et la Suède et la Norvège quelque US \$500 000 chacun. La CEE et le Gouvernement italien ont décidé de fournir, par l'intermédiaire du FISE, US \$15 millions chacun à l'appui de mesures en faveur de la survie des nouveau-nés. La Banque interaméricaine de Développement a également décidé d'appuyer un certain nombre de projets.

139. Une autre initiative, la coopération pour la santé dans les Caraïbes, à laquelle souscrit l'OMS, vise à développer la coopération technique entre les pays pour tirer le maximum des ressources humaines et institutionnelles afin de résoudre les problèmes les plus pressants des groupes prioritaires. Les 18 pays du bassin des Caraïbes ont décidé de se concentrer sur la protection de l'environnement, y compris la lutte antivectorielle, le développement des personnels de santé, les maladies transmissibles chroniques et les accidents, le renforcement des systèmes de santé, l'alimentation et la nutrition, la santé maternelle et infantile et la population.

140. En 1986, un plan d'action pour la région andine a été mis au point pour la Bolivie, la Colombie, l'Equateur, le Pérou et le Venezuela. Il s'agit d'utiliser les ressources disponibles pour les programmes communs dans les zones prioritaires, de mettre au point des projets nationaux et sous-régionaux spécifiques pour améliorer l'efficacité des services de santé et d'aborder les problèmes les plus critiques du secteur; de fournir une coopération technique interpays et interorganisations; et de mobiliser d'autres ressources nationales et extérieures pour répondre aux besoins des groupes les plus défavorisés.

141. Les ministères de la santé des pays du cône Sud (Argentine, Brésil, Chili, Paraguay et Uruguay) se sont réunis en août. Avant la réunion des ministres, les représentants de chaque pays ont présenté des exposés techniques sur les sujets choisis pour la réunion : analyse de la technologie et plus particulièrement des médicaments, des substances biologiques et des instruments; développement des ressources humaines, et plus particulièrement enseignement postuniversitaire et éducation permanente; information scientifique et technique; maladies chroniques; hygiène de l'environnement; et problèmes sanitaires liés aux migrations en ce qui concerne surtout les maladies endémiques telles que le paludisme, la maladie de Chagas et la schistosomiase.

142. Sept pays ont conclu un accord formel dans le cadre de l'Association de Coopération régionale de l'Asie du Sud. Leurs efforts dans le domaine de la santé ont d'emblée bénéficié de l'appui de l'OMS. La réunion des ministres de la santé de la Région de l'Asie du Sud-Est a continué de renforcer la coopération entre les partenaires. La Thaïlande et le Népal ont conclu un accord bilatéral et échangé des délégations. Un répertoire des établissements de coopération technique entre pays en développement (CTPD), publié pour la première fois en 1985, a été mis à jour en 1986. Un répertoire des établissements de formation a également été publié.

143. Un important nouveau projet de promotion de la santé des jeunes dans les 12 Etats Membres est en train d'être mis au point par la CEE avec la collaboration du Bureau régional de l'Europe. Ce projet a pour but de stimuler l'éducation sanitaire à l'école dans les Etats Membres de la CEE ainsi que de diffuser les données d'expérience aux pays européens voisins.

144. La notion de CTPD continue de guider les pays de la Région de la Méditerranée orientale; les plus favorisés d'entre eux ont continué d'aider les moins richement dotés, par exemple par l'intermédiaire d'AGFUND et du Conseil des Ministres arabes de la Santé. La réunion interpays tenue en novembre 1985 sur les meilleurs moyens d'utiliser les résultats de l'évaluation dans les stratégies de la santé pour tous a été suivie d'une autre réunion en novembre 1986 visant à promouvoir encore leur utilisation par les gouvernements et par l'OMS. Des activités collectives pour les soins de santé primaires ont continué de mettre l'accent sur le développement des ressources humaines.

#### VIII. COOPERATION ENTRE L'OMS ET LES AUTRES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

145. Les relations avec l'ONU et les autres organismes du système des Nations Unies, ainsi qu'avec les organismes bilatéraux et multilatéraux de financement ont continué d'être renforcées dans toutes les régions par la participation aux réunions de coordination inter-organisations et à l'occasion d'activités communes.

146. Dans le cadre du système des Nations Unies, l'examen en 1986 de quelque 140 projets gérés par le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'OMS a révélé que les activités communes devraient mettre davantage l'accent sur l'aide alimentaire pour le développement des soins de santé primaires (SSP) et les projets à objets multiples ayant une composante santé explicite (par exemple l'alimentation des groupes vulnérables). Les projets liés à l'agriculture, au développement rural et à l'éducation influencent également la santé et ont une interaction avec les SSP. Une nouvelle orientation a ainsi été donnée aux examens techniques de documents provisoires de projets et de rapports de missions et des directives ont été élaborées afin d'identifier les effets sur la santé des projets de développement comprenant une composante d'aide alimentaire. Les activités permettant un appui direct et indirect des stratégies nationales de la santé pour tous ont alors été identifiées dans le cadre de ces projets, en commençant par deux pays d'Amérique latine et deux pays africains.

147. La sécheresse en Afrique a montré qu'il fallait une plus grande coordination au sein de la communauté des donateurs et du système des Nations Unies pour faire face à tout l'éventail des situations d'urgence graves et différentes frappant les pays. Le Bureau des Nations Unies des opérations d'urgence en Afrique a apporté une aide considérable en 1986, comme l'ont montré les activités de coordination au niveau des pays des représentants spéciaux du Secrétaire général en Ethiopie et au Soudan. L'OMS a continué son action aux côtés du PNUD, de l'UNDRO, du FISE, du HCR, de la FAO, du PAM et d'autres organismes dont les efforts ont été coordonnés par le Bureau des opérations d'urgence et a participé aux réunions de l'équipe spéciale d'urgence en Afrique et du groupe de travail informel des Nations Unies sur les liens entre les secours d'urgence et le développement.

148. Une liste récapitulative des produits dont la consommation et/ou la vente ont été interdites, supprimées, sérieusement restreintes ou non homologuées par les gouvernements a été établie afin de mieux sensibiliser l'opinion à l'existence et à la commercialisation de produits néfastes pour la santé et d'appuyer les efforts des gouvernements pour les surveiller et les contrôler. Un memorandum d'accord a été signé en 1985 par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, avec l'OMS et le PNUE, pour définir les responsabilités de chaque organisation en ce qui concerne la collecte et le traitement de l'information et la coordination des travaux relatifs à la Liste. L'OMS est chargée des produits pharmaceutiques et de l'information nécessaire pour renforcer les systèmes nationaux de gestion et de surveillance de leur utilisation. L'OMS a collaboré avec l'Organisation des Nations Unies et le Registre international des substances chimiques potentiellement toxiques du PNUE à l'établissement de la deuxième édition de la Liste qui doit être présentée à l'Assemblée générale. L'OMS a également participé à la rédaction du Code international de conduite de la FAO sur la distribution et l'utilisation des pesticides qui vise à prévenir les abus, surtout dans les pays en développement.

149. L'OMS a réagi rapidement à l'accident de Tchernobyl par son Bureau régional de l'Europe qui a mis sur pied un centre d'urgence chargé de réunir, de collationner et de distribuer des informations journalières choisies sur les taux d'exposition, sur les données concernant les

dépôts d'iode 131 et de césium 137 au sol et sur leur accumulation dans le lait. En outre, deux groupes d'experts ont été convoqués. Le premier à Copenhague a analysé l'accident et a conseillé les autorités nationales sur les mesures de contrôle à prendre. Le second à Bilthoven (Pays-Bas) a examiné les informations réunies et présenté des prévisions provisoires des doses dans la Région européenne. A la suite de la phase aiguë de la situation d'urgence, l'OMS, en compagnie de l'AIEA et d'autres organisations, a examiné l'accident et planifié la collaboration future. Les préoccupations de santé publique soulevées par l'accident de Tchernobyl et les plans concernant les activités futures dans la Région européenne ont été discutés et arrêtés par le Comité régional. Au Siège de l'OMS, les travaux ont commencé sur la mise au point de directives pour les niveaux d'intervention dérivés et sur le renforcement de centres collaborateurs pour les interventions médicales d'urgence et pour le système de surveillance de l'environnement. En octobre 1986, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a organisé un séminaire régional sur la protection contre les rayonnements et, en novembre, le Bureau régional des Amériques a coparrainé une réunion interrégionale sur les incidences médicales de l'accident.

150. Une consultation sur l'échange d'informations et la collaboration concernant les activités liées à la santé en Europe a eu lieu au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en septembre; elle visait à promouvoir la coopération intersectorielle et internationale entre les institutions spécialisées, les organismes des Nations Unies et les organisations intergouvernementales et européennes pertinentes comme le Conseil de l'Europe, le CAEM, la Commission des Communautés européennes, l'OCDE et le Conseil nordique. Une autre réunion qui a eu lieu en septembre a porté sur le rôle des organisations non gouvernementales dans la promotion de la santé pour tous, en ce qui concerne plus particulièrement des modes de vie sains.

151. Dans sa résolution WHA38.31, l'Assemblée de la Santé a prié les comités régionaux d'examiner les moyens de renforcer la participation des organisations non gouvernementales (ONG) nationales et régionales à la mise en oeuvre des stratégies nationales et régionales de la santé pour tous. Suite à cette demande, le Comité régional de l'Afrique a adopté une proposition visant à établir des liens de travail structurés entre les Etats Membres, le Bureau régional et les ONG. L'OPS avait déjà noué des relations officielles avec plusieurs ONG interaméricaines et le Comité régional a décidé de continuer d'encourager les relations de travail avec les ONG régionales et nationales. Les Comités régionaux de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ont prévu une période d'essai pour la mise sur pied de relations de travail avec quelques ONG choisies, la situation devant être réexaminée après deux ans; pour sa part, le Comité régional de l'Europe prendra sa décision à ce sujet après la prochaine Assemblée de la Santé. Le Comité régional de l'Asie du Sud-Est a invité les Etats Membres de la Région à créer ou à renforcer les mécanismes de collaboration effective avec les ONG nationales et à faire participer et à consulter les ONG s'intéressant au domaine de la santé et aux domaines connexes, en travaillant de plus en plus avec elles. Le Comité a chargé le Bureau régional d'aider les pays à créer et à évaluer ces mécanismes.

152. 1986 a été l'Année internationale de la paix. Une partie de la contribution de l'OMS à la préservation et à la promotion de cette condition indispensable à l'instauration de la santé pour tous a été confiée à "WHOPAX", un groupe de scientifiques choisis par le Directeur général et spécialisés dans les effets de la guerre nucléaire sur la santé et sur les services de santé. WHOPAX a présenté à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé les premiers résultats d'études spécifiques sur : la mortalité par rayonnement prononcé au cours d'une guerre nucléaire, l'impact des incendies sur le nombre des victimes, les conséquences immunologiques d'un conflit nucléaire, les effets climatiques possibles y compris "l'hiver nucléaire", les problèmes d'approvisionnement en vivres et la famine qui suivront la guerre nucléaire, et les conséquences biologiques du rayonnement avant la naissance. Un groupe de travail restreint s'est également réuni au cours de l'Assemblée de la Santé pour examiner les aspects psychosociaux de la menace nucléaire, notamment en ce qui concerne son impact sur les enfants et les adolescents.

153. La principale contribution de l'OMS à l'Année internationale du logement des sans-abri sera apportée à l'occasion d'une consultation interrégionale sur le logement et ses incidences pour la santé qui sera organisée par l'OMS en juin 1987. Les préparatifs en vue de la consultation ont commencé en 1986 avec l'établissement d'une documentation sur la situation actuelle, les principes d'hygiène en matière de logement et les options possibles. Six rapports contenant des informations et des directives sont en train d'être établis dans le cadre d'un projet commun

OMS/PNUE sur l'hygiène de l'environnement dans l'habitat et l'urbanisme, dont trois seront publiés en 1987. En outre, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a convoqué un atelier sur l'hygiène de l'environnement et le logement dans l'aménagement rural et urbain en septembre à Madras (Inde) et le Bureau régional des Amériques a organisé un séminaire sous-régional sur la santé et l'habitat à Salta (Argentine) en novembre 1986.

#### IX. CONCLUSION

154. L'évaluation de la stratégie de la santé pour tous en 1985-1986 a imprimé un nouvel élan à la poursuite des stratégies nationales dans les Etats Membres; il semble que les pays ont commencé à utiliser les résultats de l'évaluation pour réorienter et renforcer leurs objectifs de développement. Leurs approches ont été aussi variées que leurs caractéristiques physiques, systèmes politiques, structures socio-culturelles et niveaux de développement.

155. Il ne fait aucun doute que ce sont les questions économiques qui ont continué de mobiliser avant tout l'attention des Etats Membres et de l'OMS. Dans bien des pays, les budgets de la santé sont affectés au moment même où il faut des ressources supplémentaires pour construire et maintenir les systèmes nationaux de santé afin de répondre aux besoins prioritaires de l'ensemble de la population. Le Secrétariat de l'OMS n'échappe pas à ces contraintes économiques. Vu la réduction de US \$35 millions de son budget biennal pour 1986-1987, l'OMS a dû réduire ses activités à tous les niveaux. Si ces réductions présentent des problèmes majeurs pour les Etats Membres et l'OMS à court terme, à plus long terme la recherche de ressources peut donner aux pays de nouvelles occasions de réexaminer l'utilisation qu'ils en font. Des approches courageuses et créatrices pour mobiliser de telles ressources et de nouvelles formes de partenariats avec les communautés, le secteur privé et les organisations non gouvernementales sont donc nécessaires.

156. Il faut d'urgence accroître la productivité du système national de santé en renforçant la gestion et en faisant en sorte que les agents de santé et les communautés soient plus motivés.

157. Des projets ciblés et des activités prioritaires doivent être poursuivis afin de renforcer encore les systèmes de santé. La promotion à tous les niveaux du système de santé doit être encore mieux développée et mobilisée. Il s'agit d'accroître la motivation, l'innovation, l'engagement et la créativité pour que les promoteurs soient disposés à rechercher le changement lorsqu'il s'impose, qu'ils obtiennent ainsi des résultats et fassent reconnaître leurs efforts dans le domaine de la santé.

158. L'OMS doit également faire preuve de prudence dans sa gestion financière et utiliser ses ressources le mieux et le plus efficacement possible. Par une analyse attentive de la pertinence de toutes ses activités en faveur des stratégies nationales de la santé pour tous des Etats Membres, par un appui correctement ciblé et par l'utilisation optimale des ressources aux niveaux national, régional et mondial, l'OMS peut encourager une approche équilibrée de la réalisation par chaque pays de ses objectifs de la santé pour tous. La mobilisation et la coordination de ressources supplémentaires, y compris le financement extérieur, doivent également être renforcées afin de poursuivre les progrès sur la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

159. Les discussions techniques sur le soutien économique pour les stratégies nationales de la santé pour tous qui se tiendront lors de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé fourniront une occasion unique aux responsables politiques des secteurs de la santé et de la planification des gouvernements ainsi qu'aux représentants des organisations du système des Nations Unies, des autres organismes internationaux et des organisations non gouvernementales, de clarifier les questions dans ce domaine et d'identifier les options en vue d'une intervention.