Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2 000

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE

1981

SÉRIE « SANTÉ POUR TOUS », N° 3

ISBN 92 4 280003 1

© Organisation mondiale de la Santé, 1981

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

IMPRIMÉ EN SUISSE

81/4993 - Kundig - 5000

PRÉFACE

En 1979, la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a lancé la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 en adoptant la résolution WHA32.30. Dans cette résolution, l'Assemblée de la Santé souscrivait au Rapport et à la Déclaration de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma Ata (URSS) en 1978, et invitait les Etats Membres de l'OMS à formuler individuellement des politiques, stratégies et plans d'action nationaux pour atteindre cet objectif, et collectivement des stratégies régionales et mondiales, en se fondant sur les principes directeurs énoncés par le Conseil exécutif dans le document intitulé : Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. *Depuis, un grand nombre de pays des différentes régions ont formulé des stratégies nationales et toutes les régions ont élaboré des projets de stratégies régionales. La Stratégie mondiale exposée ci-après, qui s'inspire du rapport et de la Déclaration d'Alma-Ata et des principes directeurs du Conseil exécutif, reflète les stratégies nationales et régionales considérées dans une optique mondiale. Elle répond également à la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé en tant que partie intégrante du développement, qui a été adoptée en novembre 1979.*

Cette stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 a été adoptée par la résolution WHA 34.36 de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ainsi libellée :

La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la Constitution de l'OMS selon laquelle le but de l'Organisation est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible, la Déclaration d'Alma-Ata et les résolutions WHA30.43, WHA32.30 et WHA33.24 relatives à la santé pour tous d'ici l'an 2000 et à la formulation de stratégies en vue d'atteindre cet objectif, ainsi que la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant la santé en tant que partie intégrante du développement;

Ayant examiné la stratégie que le Conseil exécutif lui a présentée dans le document intitulé « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 »;

Considérant que cette stratégie constitue une base inappréciable pour atteindre le but de la santé pour tous d'ici l'an 2000 grâce aux efforts communs auxquels se sont solennellement engagés les gouvernements, les peuples et l'OMS;

1. ADOPTE la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

2. GARANTIT que l'OMS prendra pleinement sa part dans la concrétisation de cet engagement solennel pour la santé;

3. DÉCIDE que l'Assemblée de la Santé surveillera les progrès de la Stratégie et en évaluera l'efficacité à intervalles réguliers;

4. INVITE les Etats Membres:

   1) à s'associer de leur propre gré à cet engagement solennel pour la santé, à formuler ou à renforcer, et à mettre en œuvre en conséquence leurs stratégies de la santé pour tous, ainsi qu'à en surveiller les progrès et à en évaluer régulièrement l'efficacité en utilisant pour ce faire des indicateurs appropriés;

   2) à mobiliser la participation des gens de tous états et conditions, au niveau de l'individu, de la famille, de la collectivité ainsi que de toutes les catégories de personnels de santé, des organisations non gouvernementales et des autres associations concernées;

5. PRIE le Conseil exécutif:

   1) de préparer sans délai un plan d'action pour la mise en œuvre immédiate, la surveillance et l'évaluation de la Stratégie, et de le présenter, compte tenu des observations des comités régionaux, à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé;

   2) de surveiller et d'évaluer la Stratégie à intervalles réguliers;

   3) de formuler le septième programme général de travail et les programmes généraux de travail ultérieurs en tant qu'appui de l'OMS à la Stratégie;

6. PRIE les comités régionaux:

   1) de revoir leur stratégie régionale, de la mettre à jour selon les besoins à la lumière de la stratégie mondiale, d'en surveiller les progrès et de l'évaluer à intervalles réguliers;

   2) d'examiner le projet de plan d'action du Conseil exécutif pour la mise en œuvre de la Stratégie et de communiquer leurs observations au Conseil en temps utile pour qu'il les examine à sa soixante-neuvième session en janvier 1982;

7. PRIE le Directeur général:

   1) de veiller à ce que le Secrétariat à tous les échelons apporte aux Etats Membres le soutien nécessaire pour mettre en œuvre la Stratégie, en surveiller les progrès et l'évaluer;

   2) de suivre sous tous ses aspects la mise en œuvre de la Stratégie au nom des organes directeurs de l'Organisation et de faire rapport chaque année au Conseil exécutif sur les progrès accomplis et les problèmes rencontrés;

   3) de présenter la Stratégie au Conseil économique et social et à l'Assemblée générale des Nations Unies en 1981, et par la suite de leur faire rapport périodiquement sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie et de la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Table des matières

Pages

RÉSUMÉ D'ORIENTATION 9

INTRODUCTION 13

I. LES PROBLÈMES ET TENDANCES DE LA SANTÉ MONDIALE ET DE LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE CONNEXE . . 17

Survie 17
Causes de mortalité et de morbidité 17
Sous-alimentation 19
Alphabétisation 19
Situation économique 20
Systèmes de santé 20
Gestion 21
Personnels de santé 21
Dépenses de santé 22
Indicateurs de santé et indicateurs socio-économiques connexes . . . 22
Tendances démographiques 23
Urbanisation 24
Illustration des tendances démographiques mondiales. 24
Effets des tendances démographiques sur la santé 26
Prospective de la Stratégie mondiale 27

II. POLITIQUE DE SANTÉ ET POLITIQUE SOCIO-ÉCONOMIQUE CONNEXE. 29

Vers l'instauration de la santé pour tous 29
Principes fondamentaux de la santé pour tous 32
La santé et le développement socio-économique 34
Le nouvel ordre économique international 35

III. DÉVELOPPEMENT DE SYSTÈMES DE SANTÉ 38

Action Nationale. 38
Caractéristiques essentielles du système de santé 38
Mise sur pied du système de santé 39
Coordination à l'intérieur du secteur sanitaire 41
Action intersectorielle 42
Organisation des soins de santé primaires dans les collectivités. . . . 43
Système d'orientation-recours 43
Système logistique 44
Personnels de santé 44
Etablissements de santé. 45
Technologie de la santé. 46
Recherche sur les systèmes de santé 46

Eléments essentiels des soins de santé primaires 47
Contrôle social 48
Cibles 49
Action internationale 49
Echange d'informations 50
Recherche et développement 50
Soutien technique 51
Formation 51
Promotion de la coordination à l'intérieur du secteur de la santé . . . 51
Eléments essentiels des soins de santé primaires 53
Cibles sur le plan mondial 53

IV. PROMOTION ET SOUTIEN DU DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ 55

Engagement politique 55
Soutien économique 57
Adhésion des groupes professionnels 58
Mise sur pied d'un processus de gestion 60
Réorientation de la recherche 61
Information 63

V. PRODUCTION ET MOBILISATION DES RESSOURCES . . . 65

Développement des ressources humaines 65
Ressources financières et matérielles 67
Prévisions de dépenses 70

VI. COOPÉRATION INTER-PAYS 72

Coopération technique et économique entre pays en développement . 72
Coopération technique entre pays développés 73
Coopération entre pays développés et pays en développement 73
Arrangements régionaux de l'OMS 73

VII. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION 74

Processus national de surveillance et d'évaluation 74
Indicateurs nationaux 74
Surveillance et évaluation régionales et mondiales 75
Indicateurs mondiaux 75
Rapport sur les progrès réalisés et évaluation de l'impact obtenu . . . 78

VIII. LE RÔLE DE L'OMS 79

Les programmes généraux de travail de l'OMS 79
Structures de l'OMS eu égard à ses fonctions 80
Promotion et coordination 80
CTPD 81
Information technique 81
Recherche et développement 82
Gestion 82
Formation 83

Coordination dans le secteur de la santé 83
Promotion de l'action intersectorielle 83
Production et mobilisation des ressources 84
Programmes mondiaux concernant les éléments essentiels des soins de santé primaires 86
Action aux niveaux national, régional et mondial 86
Secrétariat de l'OMS 88
Le Directeur général de l'OMS 88

IX. CONCLUSION 89

Résumé d'orientation

1. Le résumé d'orientation ci-après, qui contient les principaux éléments de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000,[1] est destiné au lecteur qui désire avoir d'emblée une vue d'ensemble de cette Stratégie.

Arrière-fond

2. En 1977, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS devait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, objectif communément désigné par la formule « La santé pour tous d'ici l'an 2000 ». En 1978, une Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata (URSS), a affirmé que les soins de santé primaires étaient le maître moyen d'atteindre cet objectif.

3. En 1979, l'Assemblée de la Santé a lancé la Stratégie mondiale de la santé pour tous en souscrivant au Rapport et à la Déclaration d'Alma-Ata [2] et en invitant les Etats Membres à formuler individuellement des stratégies nationales et, collectivement, des stratégies régionales et mondiale.

Qu'est-ce qu'une Stratégie ?

4. En 1979, le Conseil exécutif de l'OMS a énoncé les principes directeurs de la formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.[3] Dans ce document, le Conseil a défini une stratégie de santé comme étant l'ensemble des grandes lignes de l'action à engager dans tous les secteurs pour donner effet à une politique de santé. La stratégie exposée ci-après décrit les grandes lignes de l'action à mener aux niveaux politique et opérationnel, tant sur le plan national qu'international, dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs économiques et sociaux pour instaurer la « Santé pour tous d'ici l'an 2000 ».

5. La plupart des plans d'action mondiaux issus de conférences internationales ont été formulés au niveau mondial au cours de ces conférences. En revanche, la Stratégie mondiale de la santé pour tous prend naissance dans les pays à partir desquels elle s'édifie en passant par les régions jusqu'au niveau mondial où le cycle s'achève en mettant l'accent sur le soutien aux pays. Elle ne constitue pas une « stratégie OMS » distincte, mais plutôt l'expression d'une responsabilité nationale, individuelle et collective, pleinement appuyée par l'OMS.

6. Dans ces conditions, peut-on valablement parler de stratégie *mondiale* ? L'expérience, notamment celle acquise à la Conférence internationale sur les soins

---

[1] Appelée « la Stratégie » dans tout le reste du document.

[2] *Alma-Ata, 1978, Les soins de santé primaires*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série « Santé pour tous », N° 1).

[3] *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (Série « Santé pour tous », N° 2).

de santé primaires, montre qu'il est nécessaire de définir au niveau mondial des principes directeurs s'inspirant de l'expérience nationale, de réfléchir sur ceux-ci dans les pays, et de les renforcer ou de les modifier jusqu'à ce qu'on parvienne à un cadre mondial acceptable. Ce cadre doit être lui-même à la fois assez vaste pour englober les besoins de tous les Etats Membres et de toutes les régions et assez souple pour permettre l'adaptation des stratégies nationales et régionales de sorte qu'elles reflètent les variations nationales et régionales sur des thèmes mondiaux. La force des Etats Membres de l'OMS réside dans cette aptitude à élaborer ensemble des thèmes mondiaux et à les appliquer ensuite dans leur pays après les avoir adaptés comme il convient.

Les bases de la Stratégie

7. La Stratégie se fonde sur l'idée de systèmes de santé s'étendant à l'ensemble d'un pays et reposant sur les soins de santé primaires tels qu'ils sont décrits dans le Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978. Elle suppose une action concertée dans le secteur de la santé et les secteurs socio-économiques apparentés, selon les principes définis dans le Rapport d'Alma-Ata. Elle a été élaborée conformément aux principes directeurs du Conseil exécutif pour la formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et constitue une synthèse des idées issues de stratégies nationales et régionales. La Stratégie est également valable pour tous les pays, qu'ils soient en développement ou développés, mais elle insiste particulièrement sur les besoins des pays en développement.

Inflexions principales de la Stratégie

8. La Stratégie a pour axe principal le développement de l'infrastructure sanitaire, en commençant par les soins de santé primaires, pour assurer dans l'ensemble d'un pays l'excécution de programmes qui atteindront la totalité de la population. Ces programmes comprennent des mesures en vue de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, du diagnostic, du traitement et de la réadaptation. La Stratégie comporte l'indication des mesures à prendre par les individus et les familles dans leur foyer, par les collectivités, par les services de santé au niveau primaire et aux échelons d'appui, et par d'autres secteurs. Elle signifie aussi le choix d'une technologie qui convienne au pays concerné en ce sens qu'elle est scientifiquement valable, adaptable aux différentes situations locales, acceptable pour ceux à qui elle est destinée et pour ceux qui s'en servent et applicable par la population elle-même moyennant un coût abordable pour le pays. Il est capital pour la Stratégie de faire en sorte qu'un contrôle social s'exerce sur l'infrastructure et la technologie de la santé grâce à une importante participation de la collectivité. Enfin, la Stratégie décrit l'action internationale à entreprendre pour épauler l'action nationale décrite plus haut par l'échange d'informations, la promotion de la recherche et du développement, le soutien technique, la formation, la coordination au sein du secteur de la santé et entre celui-ci et les autres secteurs, et l'encouragement et le soutien des éléments essentiels des soins de santé primaires dans les pays.

Promotion et soutien

9. L'action nécessaire pour promouvoir et soutenir la Stratégie en est un élément indissociable. Il s'agit notamment de renforcer le ministère de la santé, ou l'autorité analogue représentant l'ensemble du secteur de la santé, en tant que point focal de la stratégie nationale. Il est nécessaire d'obtenir un engagement politique au plus

haut niveau, tant à l'intérieur des pays que sur le plan international, tout comme de s'assurer le soutien des planificateurs du développement économique. Il faudra mobiliser les groupes professionnels œuvrant à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé. Un processus gestionnaire approprié pour le développement sanitaire national devra être élaboré et mis en œuvre, et la recherche biomédicale, la recherche psycho-sociale et la recherche sur les services de santé devront être orientées en vue de soutenir la Stratégie. Il faudra entreprendre un vaste effort d'information des milieux politiques et professionnels ainsi que du grand public pour que la Stratégie soit acceptée par tous et bénéficie de leur participation.

Production et mobilisation de toutes les ressources possibles

10. Non moins indissociable de la Stratégie est l'action nécessaire pour créer et mobiliser toutes les ressources possibles. Toutes les ressources humaines devront être mobilisées, et non pas uniquement les personnels de santé. Les personnels de santé de toutes catégories selon les besoins du pays devront être motivés et mobilisés. Il faudra tirer le meilleur parti des moyens humains et financiers disponibles et augmenter les investissements dans le secteur de la santé si cela est nécessaire. On devra aussi rationaliser le transfert international de ressources des pays développés vers les pays en développement et accroître s'il y a lieu le volume de ces transferts.

Coopération inter-pays

11. La coopération inter-pays est un élément essentiel de la Stratégie car peu de pays seront en mesure de formuler et d'appliquer isolément leur stratégie. Ceci suppose à la fois une coopération technique et économique entre les pays (CTPD et CEPD) et l'utilisation des arrangements régionaux de l'OMS pour faciliter une telle coopération.

Surveillance et évaluation

12. Pour suivre les progrès réalisés dans l'application de la Stratégie et en évaluer l'efficacité, des processus appropriés de surveillance et d'évaluation seront institués dans les pays dans le cadre de leur processus de gestion pour le développement sanitaire national. Au niveau international, on utilisera les mécanismes de l'OMS pour rendre compte des progrès réalisés et évaluer l'impact de la Stratégie. Au niveau mondial, on utilisera des indicateurs qui sont avant tout utiles au niveau national; il a été établi une liste de ces indicateurs fondée sur les stratégies nationales et régionales.

Rôle de l'OMS

13. L'OMS sera un élément capital dans l'élaboration et l'application de la Stratégie en exerçant son rôle constitutionnel en matière d'action sanitaire internationale; ce rôle comporte essentiellement deux fonctions indissociables et qui se renforcent mutuellement, à savoir la coordination et la coopération technique. Une attention particulière sera accordée, d'une part à la formulation de programmes généraux de travail de l'Organisation qui soient conformes à la Stratégie et, d'autre part, à la restructuration de l'Organisation eu égard à ses fonctions en vue de soutenir la Stratégie, ainsi qu'en a décidé la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

14. La promotion et la coordination seront assurées grâce à l'exercice par l'Assemblée de la Santé, les comités régionaux et le Conseil exécutif de leurs fonctions constitutionnelles et grâce aussi au suivi de la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé en tant que partie intégrante du développe-

ment. L'OMS se servira de la Stratégie pour soutenir la Stratégie internationale de Développement pour la Troisième Décennie du Développement, afin de contribuer par là-même au Nouvel Ordre économique international. L'Organisation s'efforcera d'obtenir le soutien des banques, des fonds et des institutions multilatérales et bilatérales. Elle entreprendra aussi une action de promotion par l'intermédiaire des organisations non gouvernementales et par l'utilisation des grands moyens d'information.

15. L'OMS facilitera la coopération technique entre ses Etats Membres, parmi les pays en développement, parmi les pays développés, et entre pays en développement et pays développés. Elle fera fonction de centre d'échange international d'informations techniques valables. Elle s'emploiera à promouvoir et soutenir la recherche et le développement, elle servira de point focal pour aider à l'instauration et à l'application de processus gestionnaires en vue du développement sanitaire national et elle encouragera le développement des personnels de santé, en particulier par la formation des formateurs et le soutien des établissements de formation. Elle usera de son influence pour renforcer la coordination internationale au sein du secteur de la santé et elle veillera à promouvoir l'action intersectorielle au niveau international par la création de conseils consultatifs de développement sanitaire et la mise en place de mécanismes bilatéraux et multilatéraux avec d'autres organisations du système des Nations Unies.

16. Pour créer et mobiliser les ressources nécessaires, l'OMS assurera une mobilisation internationale des gens et des groupes qui peuvent apporter leur soutien à la Stratégie et elle favorisera le transfert international coordonné des ressources pour épauler les stratégies des pays en développement.

17. L'OMS renforcera ses programmes mondiaux relatifs aux éléments essentiels des soins de santé primaires. Elle entreprendra une action aux niveaux national, régional et mondial. A cette fin, le Secrétariat de l'OMS accordera la priorité absolue à la Stratégie. Le Directeur général de l'OMS exercera intégralement les pouvoirs que lui confère la Constitution pour la mise en œuvre de la Stratégie, mais cette responsabilité incombera en dernière analyse aux Etats Membres.

Etablissement d'un plan d'action

18. La Stratégie sera suivie de l'établissement d'un plan d'action pour sa mise en œuvre où seront indiquées les mesures envisagées pour les pays, les comités régionaux de l'OMS, le Conseil exécutif, l'Assemblée mondiale de la Santé et le Directeur général de l'OMS, ainsi que pour d'autres secteurs connexes, notamment au sein du système des Nations Unies.

Introduction

1. En mai 1977, la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA30.43 dans laquelle elle a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. C'est ce qu'on désigne par l'expression désormais consacrée: « La santé pour tous d'ici l'an 2000 ».

2. Que signifie « la santé pour tous »? Cela traduit simplement la réalisation de l'objectif de l'OMS qui est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». Et cela veut dire qu'au minimum *tous* les habitants de *tous* les pays du monde devraient accéder au moins à un niveau de santé tel qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie. Pour atteindre un tel niveau de santé, tout individu devrait avoir accès aux soins de santé primaires et, par leur intermédiaire, à tous les échelons d'un système de santé complet. Si l'on peut s'attendre à ce que les pays appréhendent de façon analogue la notion de santé pour tous telle qu'elle vient d'être définie, il n'en demeure pas moins que chaque pays lui donnera une signification nationale qui sera fonction de ses caractéristiques économiques et sociales, de l'état de santé et du tableau de morbidité de sa population et du niveau de développement de son système de santé.

3. En 1978, une Conférence internationale sur les soins de santé primaires s'est tenue à Alma-Ata (URSS). Cette Conférence, au cours de laquelle on a affirmé que les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'instaurer la santé pour tous, a publié une Déclaration ainsi que 22 recommandations particulières et

un rapport complet sur les soins de santé primaires.[1] Ce rapport soulignait que le développement en matière de santé est une condition essentielle du développement socio-économique, que les moyens de réalisation des deux types de développement sont intimement liés, et que les actions destinées à améliorer la situation sanitaire, d'une part, et la situation socio-économique, d'autre part, peuvent être considérées comme se renforçant mutuellement et non comme concurrentielles. Le rapport esquissait ensuite les caractéristiques essentielles des soins de santé primaires et des systèmes de santé axés sur ces soins et indiquait comment organiser les soins de santé primaires au sein d'une collectivité dans le cadre d'un système de santé complet. La Déclaration d'Alma-Ata invitait instamment tous les gouvernements à formuler au niveau national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. Elle demandait également que soit lancée d'urgence, aux niveaux national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et plus particulièrement dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international.

4. En 1979, le Conseil exécutif de l'OMS a fait paraître un document intitulé *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000* »[2] dans lequel il énonçait des principes directeurs et des questions essentielles pour formuler de telles stratégies. La même année, la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a donné le coup d'envoi a la Stratégie mondiale de la santé pour tous en adoptant la résolution WHA32.30. Dans cette résolution, l'Assemblée de la Santé approuvait le Rapport et la Déclaration d'Alma-Ata et invitait les Etats Membres de l'OMS à envisager l'utilisation immédiate du document précité du Conseil

[1] *Alma-Ata 1978. Les Soins de Santé primaires.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série « Santé pour tous », N° 1).

[2] *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1979 (Série « Santé pour tous », N° 2).

exécutif, individuellement comme base pour la formulation de politiques, de stratégies et de plans d'action nationaux, et collectivement en tant que base pour la formulation de stratégies régionales et mondiale.

5. En novembre 1979, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la résolution 34/58 sur la santé en tant que partie intégrante du développement. Dans cette résolution, l'Assemblée générale approuvait la Déclaration d'Alma-Ata, se félicitait des efforts déployés par l'OMS et le FISE en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et demandait aux organes concernés du système des Nations Unies de coordonner leurs efforts avec ceux de l'Organisation mondiale de la Santé et de soutenir celle-ci par les mesures qu'ils jugeraient appropriées dans leurs domaines respectifs de compétence. A l'occasion de la préparation d'une nouvelle stratégie internationale du développement qui a été examinée pendant la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en 1980, l'Assemblée générale a demandé que l'on s'intéresse attentivement à la contribution de l'OMS, qui reflète la Stratégie mondiale de la santé pour tous.

6. Un grand nombre de pays situés dans toutes les régions ont maintenant formulé des stratégies nationales et toutes les régions ont élaboré des projets de stratégies régionales. La Stratégie mondiale exposée dans le présent document a été formulée conformément aux principes directeurs figurant dans le document précité du Conseil exécutif. Dans ce document, le Conseil a défini une stratégie de santé comme les grandes orientations nécessaires pour donner effet à une politique de la santé. La Stratégie mondiale indique les grandes lignes de l'action à engager dans le secteur de la santé et dans les secteurs économiques et sociaux connexes, aux niveaux national et international, en ce qui concerne toutes les questions essentielles mentionnées dans le document du Conseil. Ce faisant, la Stratégie s'inspire pleinement de la Déclaration d'Alma-Ata et indique les moyens par lesquels les pays peuvent élaborer leurs systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires tels qu'ils ont été décrits dans le rapport de la Conférence d'Alma-Ata,

ainsi que les moyens par lesquels l'action internationale peut soutenir ces efforts nationaux. La Stratégie répond également à la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies dans la mesure où elle mentionne des activités communes au secteur de la santé et aux secteurs économiques et sociaux connexes qui se renforcent mutuellement et contribuent au développement de l'homme en général et au développement dans le domaine de la santé en particulier.

7. Enfin, la Stratégie mondiale reflète les stratégies nationales et régionales; eu égard à leur nature, la Stratégie mondiale ne peut consister à les amalgamer mais se présente au contraire comme l'émanation et la synthèse de ces différentes stratégies envisagées dans une optique mondiale. Il sera désormais possible pour chaque région de s'inspirer de la Stratégie mondiale pour continuer à perfectionner la stratégie régionale, chacune des régions tenant compte des besoins particuliers des pays qui la constituent. De la sorte, on pourra parvenir à des variantes nationales et régionales sur des thèmes mondiaux, illustration du pouvoir unificateur de l'OMS que sa Constitution lui confère en tant qu'Organisation d'Etats Membres coopérant entre eux pour promouvoir et protéger la santé de tous les peuples.

Note : Le texte de la Stratégie est rédigé au futur; il comprend des expressions telles que: « les pays élaboreront... » et « les pays coopéreront... ». Ce libellé reflète le fait que les pays se sont engagés volontairement à atteindre le but de la santé pour tous d'ici l'an 2000 sur la base des soins de santé primaires, ainsi qu'il était instamment demandé dans la Déclaration d'Alma-Ata. Il n'implique nullement qu'une action soit imposée aux pays par quelque organe supranational. L'emploi du futur n'implique pas non plus qu'il sera possible de mener sans difficultés l'action considérée. Enfin, il ne signifie pas nécessairement que les pays s'engagent sur des voies nouvelles ni qu'un certain nombre de pays ne sont pas déjà en train d'exécuter les activités incluses dans la Stratégie; cela implique tout à la fois la mise en œuvre d'actions nouvelles et la poursuite et l'intensification des actions en cours.

I. Les problèmes et tendances de la santé mondiale et de la situation socio-économique connexe

1. Les problèmes de santé et les problèmes socio-économiques sont intimement liés. Dans bien des pays, la situation sanitaire et la situation socio-économique connexe laissent à désirer, et les perspectives d'avenir ne sont pas encourageantes. En outre, il y a entre les pays des disparités énormes qui ne font que s'accroître et il existe aussi des disparités à l'intérieur même des pays.

Survie

2. Près d'un milliard d'êtres humains sont enfermés dans le cercle vicieux de la misère, de la malnutrition, de la maladie et du désespoir qui sape leur énergie, réduit leur capacité de travail et limite leur aptitude à établir des plans d'avenir. La plupart de ces déshérités vivent dans les zones rurales et les taudis urbains des pays en développement. Quelques chiffres suffisent à donner une idée du sort peu enviable qui est le leur. Alors que l'espérance de vie moyenne à la naissance est d'environ 72 ans dans les pays développés, elle n'est que de 55 ans dans les pays en développement, et même de 50 ans environ en Afrique et dans le sud de l'Asie. Alors que sur 1000 enfants qui naissent dans les pays développés, seuls 10 à 20 meurent au cours de la première année de vie, le taux de mortalité infantile dans la plupart des pays en développement va de près de 100 à plus de 200 pour 1000. Alors que le taux de mortalité des enfants de 1 à 5 ans n'est que de 1 pour 1000 dans la plupart des pays développés, il est en moyenne de 20 dans de nombreux pays en développement et dépasse 30 dans l'Afrique au sud du Sahara. Sur 1000 enfants qui naissent dans la misère dans les pays les moins développés, 200 mourront avant d'avoir un an et 100 autres avant l'âge de 5 ans, 500 seulement atteignant 40 ans.

Causes de mortalité et de morbidité

3. Dans la plupart des pays en développement, les décès sont dus en majorité aux maladies infectieuses et parasitaires. Celles-ci sont étroitement liées aux conditions socio-économiques et freinent le développement économique et social. Environ un dixième de la

vie du citoyen moyen des pays en développement est gravement perturbé par la maladie. Les maladies parasitaires en particulier ont un caractère chronique et débilitant, et elles sévissent à l'état endémique dans la plupart des régions deshéritées. Les maladies infectieuses courantes de l'enfance font encore des ravages dans les pays en développement alors qu'elles ne constituent plus qu'une gêne mineure dans les pays développés. Elles peuvent être évitées par la vaccination, mais sur les 80 millions d'enfants qui naissent chaque année dans les pays en développement, moins de 10% sont vaccinés contre ces maladies.

4. Les maladies diarrhéiques sont extrêmement répandues dans les pays en développement où la contamination du sol, des aliments et de l'eau par les excreta humains favorise leur propagation. Seul un tiers environ des habitants des pays les moins développés bénéficient d'un approvisionnement en eau saine et d'installations sanitaires adéquates.

5. Les maladies transmises par des insectes et d'autres vecteurs sont également très répandues dans les pays en développement où elles ont de graves conséquences socio-économiques. Le paludisme reste la maladie la plus fréquente, bien qu'en théorie elle puisse être prévenue par l'administration systématique de médicaments peu coûteux ou par la pulvérisation d'insecticides permettant d'éliminer le moustique vecteur et ses larves. Quelque 850 millions de personnes vivent dans des zones où le paludisme n'est que partiellement maîtrisé et 350 autres millions dans des zones où aucune mesure de lutte active n'a encore été mise en œuvre. Dans les seuls pays tropicaux d'Afrique, un million d'enfants au moins meurent chaque année du paludisme.

6. La schistosomiase, due à un parasite véhiculé par un mollusque, est endémique dans quelque 70 pays où l'on estime à 200 millions le nombre des personnes infectées. L'onchocercose provoque la cécité chez plus de 20% de la population adulte dans certaines régions d'hyperendémicité en Afrique. L'exécution de projets de développement a accru l'incidence de ces maladies: les

canaux de drainage et d'irrigation servent d'habitat aux mollusques qui propagent la schistosomiase et les déversoirs des barrages sont l'habitat des larves de simulies vectrices de l'onchocercose.

7. En ce qui concerne les pays développés, près de la moitié des décès y sont dus aux maladies cardio-vasculaires, un cinquième au cancer et un dixième aux accidents. Ces problèmes sont également en augmentation dans les pays en développement. Les problèmes d'hygiène de l'environnement dus à l'industrialisation et à l'urbanisation prennent des proportions croissantes; or, ces mêmes problèmes risquent de se poser aux pays en développement à mesure qu'ils édifient une infrastructure industrielle. L'incidence des maladies chroniques augmente avec l'âge. Ces dernières années, l'incidence des maladies mentales et des « maladies sociales » telles que l'alcoolisme et l'abus des drogues n'a cessé de s'accroître. Le cancer du poumon ainsi que d'autres maladies pulmonaires chroniques dues à l'usage du tabac, et l'obésité due à la suralimentation, sont des phénomènes courants.

Sous-alimentation

8. Par contre, dans les pays en développement des centaines de millions de personnes souffrent d'une sous-alimentation qui mine leur énergie et leur moral, diminue leur capacité de travail scolaire et professionnel et affaiblit leur résistance à la maladie. Dans ces pays, la ration alimentaire d'un quart de la population se situe en dessous du seuil minimum critique. Alors que l'apport énergétique moyen est d'environ 3400 calories (14,23 MJ) par personne et par jour dans les pays développés — ce qui dépasse de beaucoup les normes — il est d'environ 2400 calories (10,04 MJ) dans la plupart des pays en développement et de 2000 (8,37 MJ) seulement dans les moins développés. En outre, on observe de grandes inégalités à l'intérieur d'un même pays, situation catastrophique pour les déshérités dans bien des pays en développement.

Alphabétisation

9. L'alphabétisation est un facteur d'importance majeure pour la santé; elle permet aux individus de prendre conscience de leurs problèmes de santé et des moyens de les résoudre et elle facilite leur participation active aux activités de santé communautaires.

Alors que le taux d'alphabétisation des adultes approche de 100% dans les pays industrialisés, il n'est que de 28% dans les pays les moins développés et de 13% seulement chez les femmes de ces pays. Quelque 900 millions d'adultes dans les pays en développement ne savent ni lire ni écrire, et seuls 4 sur 10 de leurs enfants font plus de trois ans d'études primaires.

Situation économique

10. La situation économique a aussi une influence directe sur la santé. Bien que le produit national brut (PNB) soit loin d'être un indicateur idéal, en particulier pour ce qui est de la santé pour tous, puisqu'il ne reflète pas le degré d'équité dans la répartition des ressources et que les facteurs tendant à majorer le PNB pourraient en fait exercer un effet nocif sur la santé, il demeure néanmoins l'indicateur économique le plus communément employé. En général, à quelques exceptions près, les pays disposant d'un produit national brut élevé ont un taux de mortalité infantile faible et une forte espérance de vie, le contraire étant vrai pour les pays dont le PNB est faible. Alors que le PNB par habitant se situe seulement entre US $200 et US $1000 dans la plupart des pays en développement, il oscille entre US $5000 et US $10 000 dans la plupart des pays développés. Bon nombre de ces derniers, aux prises avec les problèmes économiques de l'inflation, du déséquilibre de la balance des paiements et du chômage, enregistrent une baisse de leur PNB et réduisent les dépenses publiques. Ces problèmes s'étendent aux pays en développement, dont le PNB déjà faible selon les normes mondiales, régresse encore.

11. Les organes des Nations Unies estiment qu'entre 1980 et 1985 le taux de croissance du PNB par habitant dans la plupart des pays en développement tombera à moins de 2% par an. Le revenu par habitant dans les pays les moins développés n'augmentera vraisemblablement pas de plus de 1% par an — soit une moyenne de seulement US $2 à 3 par individu. Il y aura même une réduction du revenu par habitant pour les 140 millions de personnes et plus qui vivent dans les pays à faible revenu de l'Afrique au sud du Sahara.

Systèmes de santé

12. Comme si toutes ces difficultés ne suffisaient pas, les systèmes de santé sont mal organisés dans la plupart des pays du monde. Il

existe d'énormes différences à cet égard entre les pays développés et les pays en développement. Dans ces derniers, près des deux tiers de la population n'ont pas aisément accès à une forme organisée et permanente de soins de santé. Dans la plupart des pays, développés ou en développement, l'immense majorité des ressources dont on dispose pour la prestation de soins de santé est concentrée dans les grandes villes. Qui plus est, ces ressources sont consacrées à des techniques coûteuses et hautement perfectionnées dont ne bénéficie qu'une faible minorité de la population, au détriment des soins de santé primaires pour la majorité. Dans les pays les plus hautement développés eux-mêmes, par suite de l'augmentation démesurée du coût des soins de santé, il devient impossible de faire bénéficier l'ensemble de la population de toute la gamme des techniques de la santé. Pourtant, des pressions sociales s'exercent dans ce sens, bien que cela ne soit pas réellement nécessaire.

Gestion

13. Dans de nombreux pays, les systèmes médico-sanitaires souffrent en outre d'une planification et d'une gestion déficientes, la coopération avec les autres secteurs sociaux et économiques étant notamment insuffisante. Trop souvent, de multiples systèmes de soins fonctionnent parallèlement, desservant le même groupe de population sans coordination aucune. Associée à une formation inadéquate en gestion sanitaire et à l'utilisation insuffisante de bonnes pratiques gestionnaires, cette lacune rend inefficient l'emploi des ressources dans ces pays.

Personnels de santé

14. Dans de nombreux pays, les personnels de santé n'ont pas reçu la formation correspondant aux fonctions qu'ils sont appelés à exercer ou ne disposent pas du matériel et des fournitures dont ils ont besoin. Les personnels de santé varient considérablement d'un pays à l'autre et forment un large éventail de personnes de différentes catégories exerçant des fonctions différentes dans des sociétés très diverses selon les conditions socio-économiques et le contexte culturel. C'est pourquoi il est très difficile d'effectuer des comparaisons entre pays. Néanmoins, pour illustrer les disparités entre les pays, on peut indiquer que, dans les pays les moins développés, un agent de santé, à quelque catégorie qu'il appartienne, prati-

ciens traditionnels compris, doit desservir en moyenne 2400 personnes; dans les autres pays en développement 500 personnes; et dans les pays développés 130 personnes. Quant au personnel médical, il existe dans les pays les moins développés un médecin pour 17 000 personnes en moyenne; dans les autres pays en développement un pour 2700 personnes; et dans les pays développés un pour 520 personnes. Les chiffres correspondants pour les infirmiers/infirmières sont un(e) pour 6500 personnes en moyenne dans les pays les moins développés; un(e) pour 1500 personnes dans les autres pays en développement; et un(e) pour 220 personnes dans les pays développés. Pour mettre en relief les extrêmes, précisons que dans les zones rurales de certains des pays les moins développés il n'existe qu'un seul médecin pour desservir 200 000 personnes, alors que dans les agglomérations urbaines de certains pays développés on compte un médecin pour seulement 300 personnes. Aucune de ces moyennes ne révèle la répartition extrêmement inéquitable des personnels de santé qu'on observe souvent à l'intérieur d'un même pays. Par exemple, dans beaucoup de pays, le nombre de personnes desservies par un médecin est dix fois plus élevé en milieu rural que dans les agglomérations urbaines.

Dépenses de santé

15. La proportion du PNB consacrée à la santé va de bien moins de 1% dans de nombreux pays en développement à plus de 10% dans de nombreux pays développés. Cela signifie qu'une moyenne de quelques dollars par personne et par an est consacrée à la santé dans les pays en développement contre plusieurs centaines de dollars dans la plupart des pays développés! Même si les pays à faible revenu devaient augmenter chaque année de 10% les sommes qu'ils consacrent à la santé, en l'an 2000 ils ne dépenseraient encore pour la santé que 5% environ du montant actuellement dépensé dans la plupart des pays développés.

Indicateurs de santé et indicateurs socio-économiques connexes

16. Le tableau 1 et la figure 1 résument la situation mondiale dans le domaine de la santé et dans le domaine socio-économique au moyen d'un certain nombre d'indicateurs qui illustrent clairement les disparités entre catégories de pays.

Tableau 1. Indicateurs de santé et indicateurs socio-économiques connexes

	Pays les moins développés	Autres pays en développement	Pays développés
Nombre de pays	29	90	37
Population totale (en millions)	283	3 001	1 131
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	160	94	19
Espérance de vie (en années)	45	60	72
Pourcentage d'enfants pesant à la naissance 2 500 g ou plus	70%	83%	93%
Couverture par un réseau d'approvisionnement en eau saine	31%	41%	100%
Taux d'alphabétisation des adultes	28%	55%	98%
PNB par habitant	$170	$520	$6 230
Dépenses publiques de santé par habitant	$1,7	$6,5	$244
Dépenses publiques de santé en pourcentage du PNB	1,0%	1,2%	3,9%

Note: Les chiffres du tableau sont des moyennes pondérées fondées sur les données pour 1980 ou l'année la plus récente pour laquelle on possède des statistiques.

Tendances démographiques

17. Les tendances de la croissance démographique et de la répartition géographique de la population rendent la situation encore plus grave. L'accroissement du nombre des malades impose à l'économie mondiale un fardeau plus lourd. S'il y avait davantage de gens bien portants, il y aurait davantage d'énergie humaine et donc un plus grand potentiel de développement de l'homme.

18. Dans les années soixante-dix, la population mondiale a augmenté d'environ 1,9% par an. Si ce taux de croissance démographique se maintient, la terre portera plus de six milliards d'habitants d'ici l'an 2000. En 1980, les pays en développement représentaient presque 75% de la population mondiale; d'ici l'an 2000, la proportion passera sans doute à quelque 80%.

19. On prévoit aussi des modifications de la structure de la population par âge. Dans les pays développés, 23% de la population a moins de 15 ans et 11% 65 ans et plus; les projections pour l'an 2000 dans ces pays indiquent que la population de moins de 15 ans

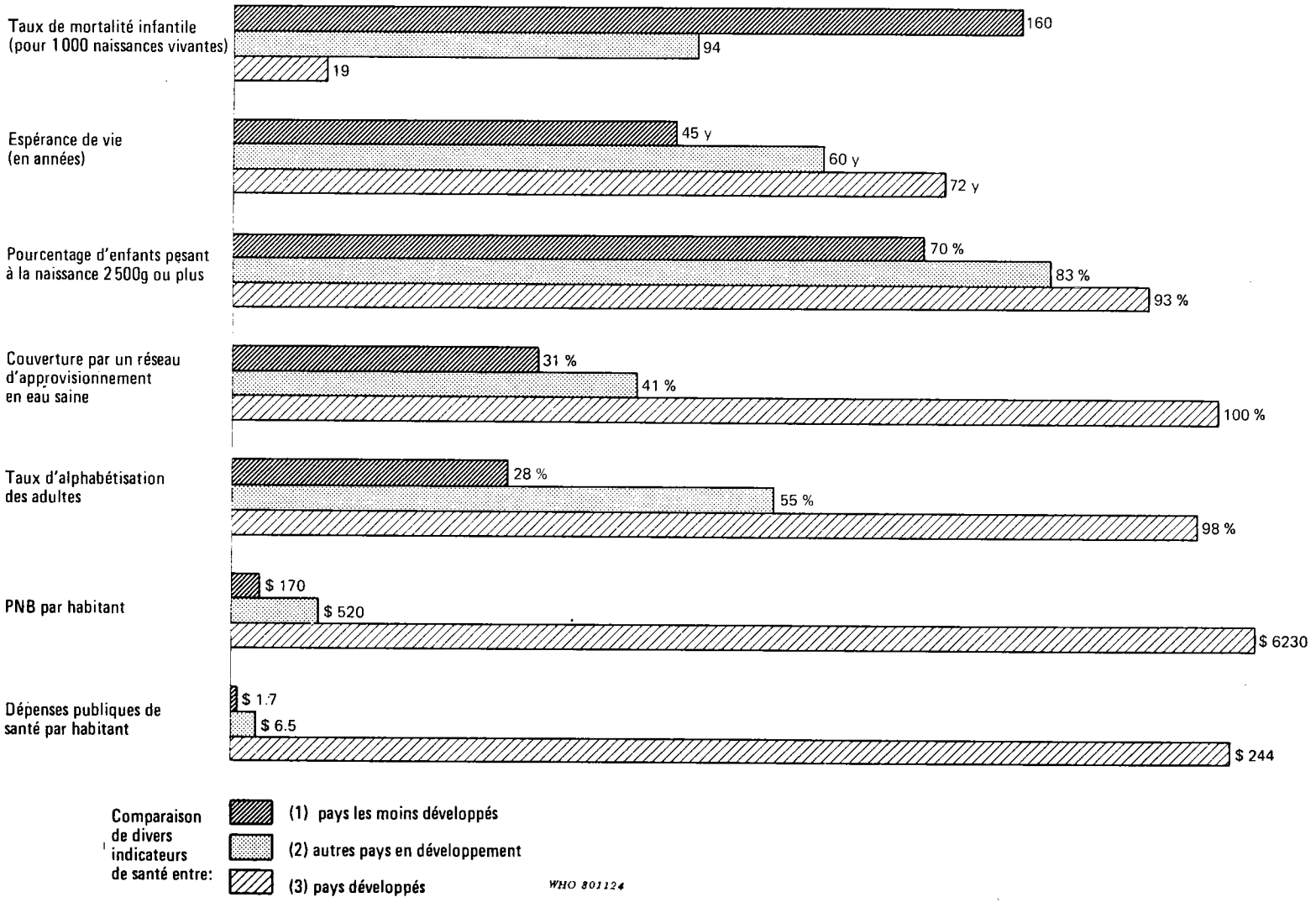


FIG. 1
INDICATEURS DE SANTÉ
ET INDICATEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES CONNEXES

tombera à moins de 22% et que celle de 65 ans et plus passera à 13%. Quant aux pays en développement, 40% de leur population en moyenne a moins de 15 ans et 4% 65 ans et plus; selon les projections pour l'an 2000, la proportion des moins de 15 ans tombera à quelque 34% et celle des 65 ans et plus passera à environ 5%. Toutefois, ces pourcentages ne traduisent pas l'augmentation de la population en chiffres absolus à tous âges. Par exemple, entre 1980 et l'an 2000, on pense que le nombre des personnes âgées passera de 258 millions à 396 millions, plus de 70% de cette augmentation se produisant dans les pays en développement. En 1980, plus de la moitié des personnes âgées du monde vivaient dans des pays développés; en l'an 2000, près des trois cinquièmes d'entre elles se trouveront dans des pays en développement.

Urbanisation

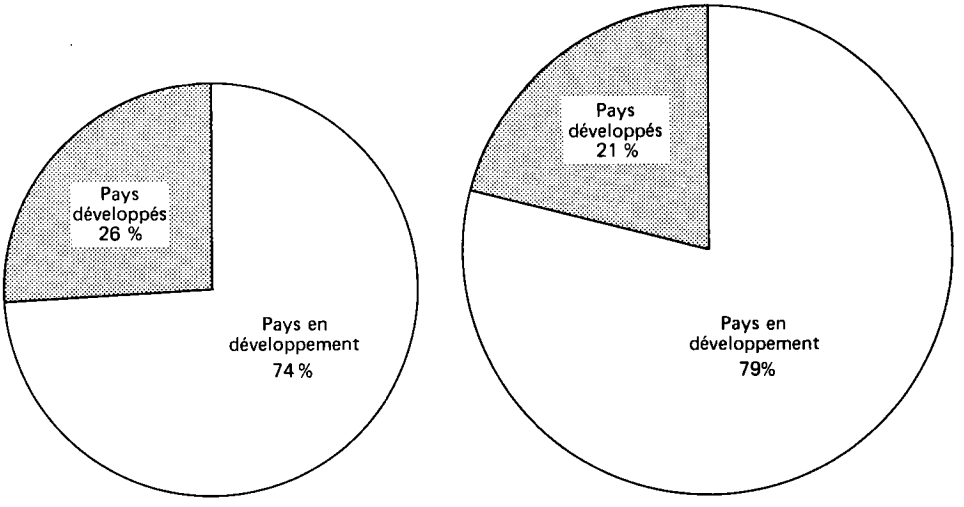
20. Si les tendances actuelles se maintiennent, d'ici l'an 2000 la moitié de la population mondiale sera composée de citadins. Dans les pays industrialisés, huit habitants sur dix seront des citadins et le taux correspondant pour le monde en développement sera de quatre sur dix. La tendance à l'urbanisation entraînera une concentration de la population dans de vastes conurbations relativement peu nombreuses. On estime que d'ici l'an 2000, 12 des 15 plus grandes agglomérations urbaines du monde se trouveront dans les pays en développement. Cependant, en dépit de cette évolution et alors que la proportion des ruraux dans la population diminuera sensiblement, la population rurale mondiale augmentera en nombre absolu d'environ 430 millions, l'accroissement de quelque 500 millions dans les pays en développement étant contrebalancé par une diminution d'environ 70 millions dans les pays développés.

Illustration des tendances démographiques mondiales

21. Les figures 2, 3 et 4 illustrent les tendances démographiques mondiales d'ici la fin du siècle:

FIG. 2

POPULATION MONDIALE



1980 2000

Pays	Population (en millions)	Population (en millions)	Pourcentage d'accroissement
Développés	1131	1272	12.5
En développement	3284	4927	50.0
Total mondial	4415	6199	40.4

WHO 801125

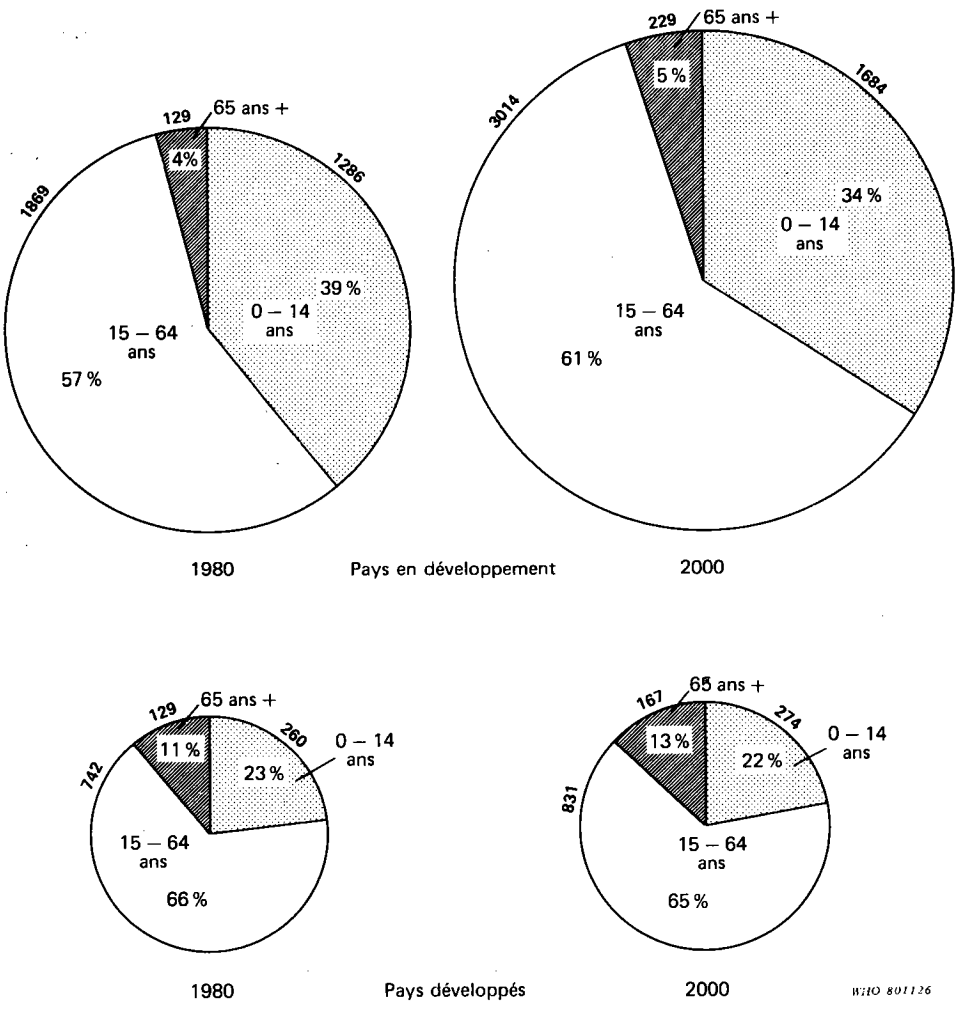
Effets des tendances démographiques sur la santé

22. L'augmentation démographique substantielle en nombres absolus, la modification de la structure par âge et de la répartition géographique de la population qui va se produire dans différents groupes de pays, l'exode rural, tous ces éléments auront d'importantes conséquences pour la situation socio-économique et la santé. Ils influeront sur les infrastructures matérielles et sociales et leur imposeront des charges supplémentaires, augmentant les risques de chômage et de sous-emploi; ils auront des effets sur la production et la distribution des denrées alimentaires et des répercussions qualitatives et quantitatives dans le domaine de l'approvisionnement en eau, de l'éducation, du logement, de l'assainissement et des soins de

FIG. 3

STRUCTURE DE LA POPULATION PAR AGE

(les chiffres à l'extérieur des cercles indiquent la population en millions d'habitants)



santé. Qui plus est, tout changement intervenant dans la structure de la population par âge peut aussi modifier le tableau de la morbidité.

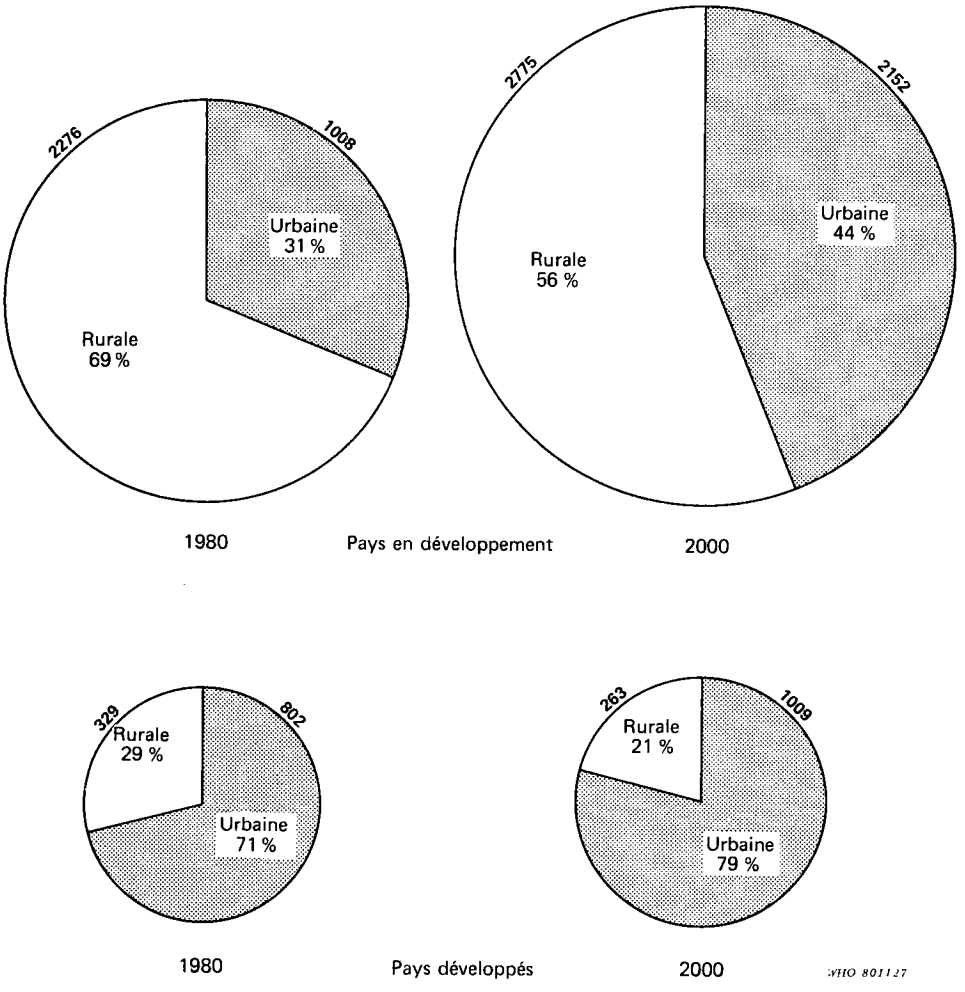
Prospective de la Stratégie mondiale

23. La stratégie mondiale de la santé pour tous devra évoluer dans cette perspective de problèmes complexes et de différences croissantes entre les pays et à l'intérieur des pays en ce qui concerne:

FIG. 4

POPULATION URBAINE ET RURALE

(Les chiffres à l'extérieur des cercles indiquent la population en millions d'habitants)



les chances de survie; les causes de morbidité et de mortalité; les facteurs connexes tels que l'état nutritionnel, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, l'instruction et la situation économique; l'organisation et la gestion des systèmes de prestations médico-sanitaires; les dépenses de santé; les tendances démographiques.

II. Politique de santé et politique socio-économique

Vers l'instauration de la santé pour tous

1. Les bases politiques de la santé pour tous sont contenues dans la Constitution de l'OMS qui donne pour mission à l'Organisation « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». L'objectif de la santé pour tous correspond bien à cette mission. Ce qui est visé, c'est le niveau de santé « le plus élevé possible », ce qui veut dire que chaque pays s'efforcera d'améliorer la santé de sa population compte tenu des moyens sociaux et économiques de la nation. La santé pour tous n'est donc pas un objectif fixe et limité; c'est un processus menant à l'amélioration progressive de la santé des populations. On pourrait s'attendre à ce que les pays envisagent dans l'ensemble ce processus de façon identique; or, le concept de « la santé pour tous » sera interprété et adapté différemment par chaque pays compte tenu de ses caractéristiques sociales et économiques, du niveau de santé et du tableau de la morbidité dans la population, ainsi que du niveau de développement du système de santé. Il existe un seuil au-dessous duquel ne devrait se trouver aucun individu où que ce soit. La Trentième Assemblée mondiale de la Santé a décidé en 1977 dans sa résolution WHA30.43 que, d'ici l'an 2000, *tous* les habitants de *tous* les pays du monde devraient avoir accédé à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, ce qui signifie que chacun devra jouir d'un état de santé tel qu'il puisse au moins travailler de façon productive et participer activement à la vie sociale de la collectivité. La santé pour tous ne veut pas dire qu'en l'an 2000, les médecins et le personnel infirmier apporteront à tous les habitants de la terre les solutions médicales à leurs maux ni qu'il n'y aura plus, en l'an 2000, de malades ou de handicapés. Par contre, la santé pour tous veut dire que la santé commence à la maison, à l'école et à l'usine, car c'est précisément là où vivent et travaillent les gens que la santé se gagne ou se perd. Cela signifie effectivement qu'il faudra utiliser de meilleures approches pour prévenir la maladie et

atténuer les affections et incapacités inévitables, de même que pour trouver de meilleurs moyens de grandir, de vieillir et de mourir dans des conditions satisfaisantes. Cela signifie aussi que les ressources disponibles pour la santé — quelles qu'elles soient — seront équitablement réparties dans la population et que des soins de santé essentiels seront accessibles à *tous* les individus et familles, selon des modalités acceptables, à des prix abordables et avec la participation complète de tous. Cela signifie enfin que les gens comprendront qu'ils ont le pouvoir de façonner eux-mêmes leur existence et celle de leurs familles, à l'abri des maladies évitables et conscients de ce que l'altération de la santé n'est pas un phénomène inéluctable.

2. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata en 1978, s'est achevée sur l'adoption de la *Déclaration d'Alma-Ata* dans laquelle il est affirmé que les soins de santé primaires sont le moyen d'atteindre l'objectif de la santé pour tous. Elle a notamment donné la définition suivante:

> « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

3. La Déclaration d'Alma-Ata a également défini les éléments essentiels des soins de santé primaires comme suit:

> « ... une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels; »

4. En 1979, l'Assemblée mondiale de la Santé a lancé la Stratégie mondiale de la santé pour tous en adoptant la résolution WHA32.30, qui approuvait le rapport et la Déclaration d'Alma-Ata et invitait les Etats Membres de l'OMS à agir individuellement pour formuler des politiques, stratégies et plans d'action nationaux visant à atteindre cet objectif, et collectivement pour formuler des stratégies régionales et mondiale destinées à soutenir les stratégies nationales. Cette association des différentes stratégies nationales et d'un soutien international collectif constitue l'épine dorsale de la Stratégie mondiale.

5. Dans le courant de cette même année, l'Assemblée des Nations Unies, la plus haute instance politique des Nations Unies, a approuvé la Déclaration d'Alma-Ata dans sa résolution 34/58, s'est félicitée des efforts déployés par l'OMS et le FISE en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et a demandé aux organismes concernés des Nations Unies de coordonner leurs efforts et ceux de l'Organisation mondiale de la Santé et d'appuyer cette Organisation par les mesures qu'ils jugeront appropriées dans leurs domaines respectifs de compétence. Elle a également demandé que, dans le cadre de la préparation d'une nouvelle stratégie internationale de développement pour la Troisième Décennie pour le Développement, une attention particulière soit accordée à la contribution de l'OMS, qui reflète la Stratégie mondiale de la santé pour tous.

6. Dans les années soixante-dix, il s'est tenu un certain nombre de conférences internationales dont les résultats intéressaient la formulation de la Stratégie mondiale. Ce sont la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement, la Conférence mondiale de la Population, la Conférence mondiale de l'Alimentation, la Conférence des Nations Unies sur les Etablissements humains (HABITAT), la Conférence des Nations Unies sur l'Eau et la Conférence mondiale des Nations Unies sur la Coopération technique entre pays en voie de développement. Ces deux dernières méritent particulièrement d'être notées ici: c'est en effet lors de la première qu'a été énoncé l'objectif mondial d'un approvisionnement en eau saine et de l'assainissement

pour tous d'ici 1990 et qu'on a décidé le lancement de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement en vue de parvenir à cet objectif; la seconde, quant à elle, a renforcé la tendance au resserrement de la coopération entre pays dans le domaine de la santé.

7. Les efforts déployés pour atteindre l'objectif de la santé pour tous ont été approuvés par divers groupes de pays, par exemple par le Mouvement des pays non alignés lors de sa Sixième Conférence des Chefs d'Etat ou de Gouvernement tenue à la Havane en 1979, par l'Organisation de l'Unité africaine à l'occasion de son analyse des perspectives de développement de l'Afrique d'ici l'an 2000, et par l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est.

8. De nombreux chefs d'Etat, des programmes et institutions des Nations Unies, des institutions bilatérales et multilatérales et des banques internationales pour le développement ont exprimé leur engagement politique en faveur de la santé pour tous basée sur les soins de santé primaires. Cet engagement s'est aussi traduit par l'adoption, en Asie du Sud-Est et en Afrique, d'une charte régionale de la santé à laquelle ont adhéré de nombreux chefs d'Etat au nom de leur gouvernement. Tout cela devrait contribuer à assurer le soutien politique et économique que requiert la mise en œuvre de la Stratégie.

Principes fondamentaux de la santé pour tous

9. La Stratégie s'inspirera des principes fondamentaux ci-après qui ont énoncés par les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé dans de nombreuses résolutions adoptées par les organes directeurs de l'Organisation:

1) La santé est un droit fondamental de l'être humain et une finalité sociale universelle.

2) Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples constituent un sujet de préoccupation commun à tous les pays et doivent être très fortement réduites. Il est donc essentiel pour la Stratégie que les ressources pour la santé soient équitablement réparties, aussi bien dans les pays qu'entre les pays, en vue de

rendre les soins de santé primaires et leurs services d'appui universellement accessibles.

3) Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. La participation de la collectivité à la construction de son propre avenir aussi bien dans le domaine de la santé que dans le domaine socio-économique, et notamment la participation massive des femmes, des hommes et des jeunes, est donc un facteur clef dans la Stratégie.

4) Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et d'autres prestations sociales adéquates. L'engagement politique de l'Etat dans son ensemble, et non pas uniquement du ministère de la santé, est indispensable pour la réalisation de la santé pour tous.

5) Les pays doivent parvenir à l'autoresponsabilité dans le domaine de la santé s'ils veulent faire accéder la totalité de leur population à la santé. L'autoresponsabilité nationale implique une initiative nationale, mais non pas nécessairement une autosuffisance nationale. En matière de santé, aucun pays ne peut se suffire à lui-même; la solidarité internationale est nécessaire pour assurer l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de santé et pour surmonter les obstacles existants. Cette solidarité internationale en matière de santé doit s'exercer dans le respect de l'autoresponsabilité nationale.

6) L'Assemblée générale des Nations Unies ayant reconnu que la santé fait partie intégrante du développement, les énergies humaines libérées par une meilleure santé doivent être canalisées vers le renforcement du développement économique et social, lequel doit lui-même servir à améliorer la santé des populations. Le secteur de la santé ne peut à lui seul instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il faudra les efforts coordonnés d'autres secteurs sociaux et économiques s'occupant du développement sur le plan national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, l'alimen-

tation, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications. Les ministères de la santé ou autorités analogues ont un rôle important à jouer en encourageant et en coordonnant ces actions concertées en faveur de la santé.

7) Il convient d'utiliser de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales pour promouvoir la santé et le développement, et aider ainsi à promouvoir la paix dans le monde. La Stratégie respectera donc les principes du nouvel ordre économique international une fois celui-ci établi. La coopération technique et économique entre pays est capitale pour la réalisation de l'objectif de la santé pour tous, car c'est d'elle que viendra le soutien mutuel requis pour la formulation et l'application de la Stratégie. C'est la meilleure expression de la solidarité internationale en matière de santé et le garant de l'autoresponsabilité nationale.

La santé et le développement socio-économique

10. Le résumé de la situation mondiale dans le domaine de la santé et dans le domaine socio-économique présenté dans la section I met en lumière les liens étroits et complexes qui existent entre la santé et le développement socio-économique. L'amélioration de la santé est non seulement la résultante d'un développement socio-économique authentique — par opposition à une simple croisance économique — mais aussi un investissement indispensable à un tel développement. Compte tenu de cette étroite interdépendance et des principes fondamentaux exposés plus haut, la Stratégie sera fondée sur la collaboration entre le secteur de la santé et le secteur socio-économique dont les politiques de développement doivent s'étayer mutuellement. Il sera tenu pleinement compte de la mesure dans laquelle la réalisation des objectifs de santé est subordonnée également à des politiques qui ne relèvent pas du secteur de la santé, en particulier aux politiques visant à rendre universellement accessibles les moyens de gagner un revenu acceptable quelle qu'en soit la nature. Dans de nombreux pays, la lutte contre la misère sera la priorité des priorités. Les organes des Nations Unies estiment qu'environ 800 millions de personnes vivent dans des conditions de pauvreté absolue à travers le monde; selon la même source, si les tendances actuelles se maintiennent, ce chiffre ne descendra qu'à environ 600 millions d'ici l'an 2000. Une

telle situation ne peut qu'avoir de très graves répercussions sur la santé dans le monde.

11. La santé ne peut toutefois être garantie par la simple augmentation des revenus. S'il existe une relation étroite entre la santé et le revenu dans les couches où celui-ci est le plus bas, à mesure que les revenus augmentent, les risques pour la santé qui sont associés au développement économique commencent à émerger. Les autorités sanitaires devraient exercer toute leur vigilance en vue d'identifier et d'introduire les éléments essentiels au développement sanitaire dans les plans de développement socio-économique nationaux, régionaux et mondiaux. Pour cela il faudra rendre les planificateurs économiques et les décideurs politiques conscients des conséquences que différentes stratégies de développement peuvent avoir pour la santé, recenser les aspects des projets de développement qui peuvent favoriser ou, au contraire, menacer la santé, et veiller à intégrer dans ces projets des mesures de protection de la santé.

12. Les autorités sanitaires assureront aussi aux planificateurs économiques et aux décideurs politiques que les activités visant à améliorer la santé conformément aux principes fondamentaux de la santé pour tous énoncés plus haut constituent un investissement en faveur du développement du potentiel humain. Elles se serviront de la Stratégie de la santé pour tous qui est fondée sur la justice sociale et sur une répartition équitable des ressources pour la santé comme exemple de la voie à suivre par d'autres secteurs. Ces mêmes autorités exigeront qu'il leur soit démontré que les investissements faits dans le domaine du développement économique vont réellement entraîner une amélioration de la qualité de la vie et du niveau de vie des populations. Les autres secteurs seront encouragés à prendre des mesures appropriées pour minimiser les risques pour la santé et à tenir pleinement compte des objectifs de santé dans la formulation de leurs propres objectifs sectoriels.

Le Nouvel Ordre économique international

13. La Stratégie indiquera comment élaborer des stratégies mondiales pour le développement en général sur la base des stratégies nationales, plutôt qu'en recourant à un processus artificiel de plani-

fication mondiale, et dans un climat de coopération, non d'affrontement, entre pays développés et pays en développement. Elle constitue la contribution du secteur de la santé à la nouvelle stratégie internationale de développement pour la Troisième Décennie pour le Développement et, à travers elle, à l'instauration du Nouvel Ordre économique international. Les paragraphes qui suivent décrivent certains des moyens par lesquels cette contribution pourra se concrétiser.

14. La Stratégie est la synthèse des politiques élaborées sur le plan national et international en vue de parvenir à une répartition équitable des ressources pour la santé, et de réduire l'écart entre l'état de santé des populations des pays en développement et celui des populations des pays développés. La Stratégie contribuera ainsi à combler le retard des pays en développement sur le plan socio-économique.

15. Feront partie de la Stratégie la mobilisation, la coordination et la rationalisation du transfert de ressources d'origine bilatérale et multilatérale pour l'élaboration et l'application des stratégies nationales des pays en développement.

16. Le développement de l'infrastructure sanitaire contribuera au renforcement des infrastructures institutionnelles et matérielles des pays en développement. Grâce à la mise en œuvre de politiques connexes pour le développement des personnels de santé, il sera possible de constituer la masse critique de compétences gestionnaires, techniques et scientifiques dont ces pays ont besoin.

17. La Stratégie se conformera aux principes du Nouvel Ordre économique international pour le transfert de la technologie en veillant à assurer l'accès à toutes les formes de technologie sanitaire, à organiser la recherche conjointe de technologies adaptées aux conditions sociales et économiques des pays concernés, à accorder aux pays en développement le soutien dont ils ont besoin pour parvenir à l'autoresponsabilité dans la recherche et le développement en matière de santé, et à favoriser les recherches concertées entre pays développés et pays en développement dans des domaines inté-

ressant particulièrement ces derniers, par exemple les maladies tropicales, la reproduction humaine et les maladies diarrhéiques.

18. La Stratégie comportera l'établissement dans les pays en développement d'industries pour la production du matériel et des fournitures requises pour les soins de santé primaires, et la promotion de la coopération économique entre ces pays dans ce domaine.

19. Des politiques nutritionnelles judicieuses contribueront à l'utilisation efficace des produits alimentaires disponibles. La Stratégie comportera aussi la conclusion d'accords sur les normes alimentaires et les pratiques publicitaires avec les industries alimentaires nationales et multinationales.

20. La promotion de la coopération entre pays en développement pour la formulation et la mise en œuvre de leurs stratégies de la santé pour tous renforcera la coopération technique et économique entre pays en développement. Un exemple de cette coopération est l'achat conjoint en gros de médicaments essentiels et d'autres fournitures par les pays en développement, pratique qui contribuera à l'amélioration des termes de l'échange pour ces produits. En outre, l'implantation d'unités de production pharmaceutique dans ces pays renforcerait leur potentiel industriel.

21. En mettant en œuvre une stratégie qui réponde aux principes énoncés plus haut pour le Nouvel Ordre économique international, on espère que le secteur de la santé servira d'exemple à d'autres secteurs aux niveaux national et international.

III. Développement des systèmes de santé

Action nationale

1. En application des principes énoncés plus haut, des efforts concertés seront déployés en vue de mettre sur pied des systèmes de santé dont les soins de santé primaires seront la cheville ouvrière et le foyer principal, conformément à la Déclaration d'Alma-Ata ainsi qu'aux recommandations et précisions données sur les soins de santé primaires dans le rapport de la Conférence d'Alma-Ata. Un système de santé se compose d'éléments connexes qui se situent au niveau des foyers, des établissements d'enseignement, des lieux de travail, des collectivités, du secteur de la santé et d'autres secteurs apparentés; toute mesure prise dans l'un quelconque de ces éléments influe sur les mesures à prendre dans les autres. Le système comprend une infrastructure sanitaire qui met en œuvre tout un éventail de programmes de santé et fournit des prestations de santé aux individus, aux familles et aux collectivités. Ces prestations consistent en une combinaison de mesures de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation. Le système comporte normalement une structure à plusieurs échelons, le premier étant le point de contact entre les individus et le système, où sont dispensés les soins de santé primaires; divers échelons intermédiaires assurent des services et un soutien plus spécialisés à mesure qu'on se rapproche de l'échelon central.

Caractéristiques essentielles du système de santé

2. Aucun modèle de système de santé universellement valable ne saurait être imposé aux pays et il reste encore beaucoup à faire pour déterminer la meilleure façon de mettre en place des systèmes de santé dans divers contextes nationaux, mais on a néanmoins défini des caractéristiques qui peuvent s'appliquer à tous les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires:

1) le système devrait desservir la totalité de la population et être fondé sur le principe de l'égalité et de la responsabilité;

2) le système devrait comprendre des composantes du secteur de la santé ainsi que d'autres secteurs dont les activités connexes influent sur la santé;

3) les soins de santé primaires, comprenant au minimum les éléments essentiels énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata, devraient être dispensés au premier point de contact entre les individus et le système de santé;

4) les autres échelons du système de santé devraient soutenir l'échelon de premier contact afin qu'il soit en mesure d'assurer ces soins essentiels de manière ininterrompue;

5) les échelons intermédiaires devraient s'occuper des problèmes plus complexes, assurer des soins plus spécialisés ainsi qu'un soutien logistique, dispenser, grâce à des personnels plus hautement qualifiés, une formation continue aux personnels du premier échelon et donner des conseils aux collectivités et aux agents de santé communautaires sur les problèmes pratiques complexes intéressant tous les aspects des soins de santé primaires;

6) l'échelon central devrait coordonner tous les éléments du système, fournir des avis spécialisés en planification et en gestion et assurer des soins de santé hautement spécialisés, la formation de personnels spécialisés, les services spécialisés d'institutions telles que les laboratoires centraux, et un soutien logistique et financier.

Mise sur pied du système de santé

3. Les pays reverront leur système de santé dans le but de lui apporter les modifications nécessaires pour qu'il réponde aux caractéristiques énoncées ci-dessus. Cela impliquera la mise sur pied d'une infrastructure bien coordonnée, allant des soins au niveau de la famille et de la collectivité aux échelons intermédiaires et centraux de soutien et d'orientation-recours. Cette infrastructure permettra l'exécution de programmes de santé bien définis utilisant une technologie appropriée et couvrant la totalité de la population, graduellement si nécessaire.

4. Les pays ayant une infrastructure bien développée mais des programme mal définis prendront des mesures pour formuler des programmes nationaux assortis d'objectifs clairs dont l'exécution sera assurée par l'infrastructure existante. Les pays dotés de programmes bien définis mais d'une infrastructure déficiente s'emploieront à renforcer celle-ci de manière qu'elle puisse faire bénéficier de ces programmes l'ensemble de la population.

5. Certains pays commenceront par assurer un nombre limité de prestations à l'ensemble de la population; d'autres exécuteront un plus vaste éventail de programmes dans des zones géographiques données ou pour des groupes de population déterminés, par exemple ceux dont les besoins sont les plus aigus, en étendant progressivement le nombre de ces zones et de ces groupes; d'autres encore fourniront une gamme complète de prestations de santé à l'ensemble de la population, en améliorant progressivement la qualité. Les pays qui concentrent leurs efforts au départ sur un nombre limité de programmes, tels que l'action antipaludique, la vaccination ou la lutte contre les maladies diarrhéiques, le feront dans le cadre de l'infrastructure sanitaire générale, la renforçant ainsi et préparant la voie à l'exécution d'une gamme plus étendue d'activités de soins de santé primaires par cette infrastructure.

6. Pour développer de tels systèmes de santé, les pays envisageront les mesures suivantes:

1) Recenser, planifier et coordonner les mesures à prendre dans le secteur de la santé.

2) Recenser les mesures à prendre dans d'autres secteurs et contacter les autorités compétentes pour qu'elles en assurent la mise en œuvre.

3) Trouver les moyens d'associer les individus et les collectivités aux décisions concernant le système de santé et d'encourager la prise en charge de la santé par l'individu, la famille et la collectivité.

4) Orienter la planification centrale de manière à permettre à des collectivités de différents types et de différentes dimensions d'élaborer leurs propres activités de soins de santé primaires.

5) Concevoir et mettre sur pied un système d'orientation-recours, en accordant d'abord une attention particulière au premier échelon de ce système.

6) Organiser et exploiter un système logistique pour l'ensemble du pays.

7) Planifier, former et mettre en place les personnels de santé en fonction des besoins spécifiques de la population et de sorte qu'ils fassent partie intégrante de l'infrastructure sanitaire.

8) Prévoir, concevoir, construire et équiper des services de santé appropriés qui soient facilement accessibles, acceptables pour tous et à la portée de chacun.

9) Choisir une technologie de la santé qui soit scientifiquement valable, adaptée aux besoins locaux, acceptable pour les bénéficiaires comme pour les utilisateurs, et dont l'entretien puisse être assuré avec les ressources que le pays peut se permettre de lui consacrer.

Coordination à l'intérieur du secteur sanitaire

7. Pour assurer la coordination à l'intérieur du secteur sanitaire, les pays veilleront à ce qu'il y ait une collaboration:

1) entre les divers services et établissements de santé, l'accord s'étant fait sur la répartition des responsabilités afin d'utiliser les ressources de la manière la plus efficace. Ces services et établissements pourront relever des pouvoirs publics, de la sécurité sociale, des institutions privées, des organisations non gouvernementales et bénévoles œuvrant dans le secteur de la santé, par exemple avec les Sociétés de la Croix-Rouge, du Croissant Rouge, etc., et avec les organisations féminines et les mouvements de jeunesse.

2) entre les divers échelons du système de santé après accord sur la répartition des tâches et des ressources;

3) à l'intérieur des diverses catégories de personnels de santé et entre ces catégories après accord sur la division du travail;

Action intersectorielle

8. Pour encourager une action intersectorielle, les pays rechercheront les moyens d'assurer une coopération adéquate entre les ministères de la santé ou autorités analogues [1] et les autres ministères intéressés. Le rôle du ministère de la santé comprendra le déclenchement et la coordination des actions requises. On étudiera en particulier les possibilités suivantes:

1) Création de conseils plurisectoriels nationaux de la santé composés de personnalités représentant un large éventail d'intérêts — santé, affaires politiques, économiques et sociales — et le grand public, qui seront chargés d'étudier conjointement toutes les questions de politique générale intéressant la santé et le développement socio-économique, y compris les effets positifs ou négatifs que peuvent avoir sur la santé les mesures visant la croissance économique.

2) Création de comités interministériels pour la santé, ou utilisation de comités interministériels existants pour les affaires sociales, au sein desquels les représentants du secteur de la santé prendront des initiatives en vue de promouvoir la mise en œuvre dans d'autres secteurs des mesures qu'exige l'application de la Stratégie.

3) Conclusion d'accords entre les ministères de la santé et d'autres ministères et secteurs intéressés sur des points concernant des domaines spécifiques tels que la nutrition, l'approvisionnement en eau, le logement, l'éducation, les communications, la protection de l'environnement, la production et l'importation de médicaments et de matériel, et l'utilisation des médias. Du fait qu'une telle action multisectorielle fait partie intégrante de l'approche « soins de santé primaires », elle est précisée avec plus de

[1] Par la suite, chaque fois que le « ministère de la santé » est mentionné, ce terme désigne l'autorité équivalente dans certains pays; quel que soit le titre exact de cette autorité, l'essentiel est qu'elle représente la totalité du secteur sanitaire.

détails sous le point « Eléments essentiels des soins de santé primaires » au paragraphe 26 ci-après.

4) Délégation des responsabilités et des pouvoirs nécessaires aux collectivités pour qu'elles organisent leurs propres soins de santé primaires, ou certains éléments de ceux-ci, et aux échelons intermédiaires du système de santé pour qu'ils apportent un soutien aux soins de santé primaires. Utilisation de cette démarche comme exemple pour encourager la mise en œuvre de réformes administratives dans d'autres secteurs afin de faciliter la coordination intersectorielle aux différents échelons administratifs.

Organisation des soins de santé primaires dans les collectivités

9. Les ministères de la santé ou autorités analogues subdiviseront les pays en collectivités de différents types et de différentes dimensions en vue de l'organisation des soins de santé primaires, en tenant compte du découpage administratif existant afin de faciliter la collaboration intersectorielle. Ils veilleront à déléguer les responsabilités et les pouvoirs nécessaires à ces collectivités après les avoir aidées à s'organiser et les avoir dotées de budgets appropriés. Le ministère de la santé fournira des directives et un soutien pratique, selon les besoins, aux collectivités qui organiseront leurs propres soins de santé primaires.

Système d'orientation-recours

10. Les fonctions des organes et institutions des secteurs santé et apparentés seront revues, en particulier au premier échelon de recours, et le personnel sera motivé et recyclé selon les besoins pour pouvoir appuyer et conseiller les collectivités et les agents de santé communautaires.

11. On organisera un système d'orientation-recours conçu de manière que le premier échelon de recours ne soit pas submergé par des problèmes qui pourraient être résolus dans le cadre des soins de santé primaires au niveau de la collectivité et que malades et problèmes soient renvoyés aux agents qui les ont adressés à un échelon supérieur avec des informations sur les mesures prises ainsi que des directives sur les mesures à prendre.

12. Les ministères de la santé étudieront la question des moyens de transport et de communication avec les autorités locales et les représentants des autres ministères concernés afin de permettre au système d'orientation-recours de fonctionner efficacement.

Système logistique

13. Les ministères de la santé reverront leur système logistique afin d'assurer la distribution régulière et opportune des fournitures et du matériel, ainsi que la disponibilité de moyens de transport et l'entretien de ces moyens, en commençant par les équipements au niveau des collectivités pour aller jusqu'au centre en passant par tous les échelons intermédiaires.

Personnels de santé

14. Les ministères de la santé, en collaboration avec les autres ministères et établissements d'enseignement concernés, prendront les mesures requises au plus haut niveau pour que l'éducation et la formation dispensées aux personnels de santé les préparent à s'acquitter de fonctions correspondant étroitement aux problèmes de santé prioritaires du pays, ce qui est loin d'être le cas dans de nombreux pays. A cet effet, ils réexamineront les fonctions des personnels de santé à travers tout le système de santé et prendront les mesures nécessaires pour en assurer la réorientation en fonction des besoins.

15. Avec le concours des autres ministères concernés, tels que ceux du travail et de l'éducation, les ministères de la santé planifieront les personnels de santé en tenant compte des besoins spécifiques du système de santé, afin que celui-ci puisse disposer, en temps et lieux opportuns, d'effectifs suffisants d'agents des catégories requises.

16. Les ministères de la santé et les autres ministères et établissements d'enseignement concernés, tels que le ministère de l'éducation, réexamineront la formation des personnels de santé à la lumière de projections concernant le nombre, le type et la qualité des différentes catégories de personnels de santé requises. Cette formation tiendra compte du rôle des personnels de santé dans l'aide apportée aux individus et aux familles pour leur auto-prise en charge. Ils feront

tout leur possible pour introduire les réformes nécessaires dans les facultés de médecine, les établissements d'enseignement des sciences de la santé et les autres institutions de formation dans des domaines connexes, afin qu'outre leur formation technique, les personnels de santé acquièrent une parfaite connaissance de la philosophie du développement sanitaire telle qu'elle a été définie dans la Déclaration et le rapport d'Alma-Ata, ainsi que dans la présente Stratégie. Vu l'insuffisance de leurs effectifs, on insistera tout particulièrement sur la formation d'un nombre adéquat de « généralistes de la santé », c'est-à-dire d'individus qui soient capables d'élaborer des systèmes pour ce développement sanitaire, d'en établir les plans, le programme et le budget, d'exécuter les activités, de les suivre et de les évaluer, qui puissent rassembler à cette fin les connaissances spécialisées dans toutes les autres disciplines en jeu — sciences de la santé, politiques, sociales et économiques — et qui puissent aussi canaliser, maîtriser et synthétiser les informations requises pour toutes ces activités.

17. Les ministères de la santé et les autres ministères concernés, par exemple ceux de l'éducation, de la culture, du travail, des finances et de la fonction publique, prendront des mesures en vue de donner aux personnels de santé une motivation sociale et de leur offrir les encouragements matériels nécessaires pour se mettre au service de la collectivité.

Etablissements de santé

18. Les ministères de la santé, avec le concours du ministère des travaux publics dans certains pays, réexamineront la répartition des établissements médico-sanitaires existants et élaboreront, en les mettant constamment à jour, des plans directeurs nationaux indiquant les centres de santé, les dispensaires et les hôpitaux de premier recours nécessaires. Le principe de base inspirant le plan directeur sera la nécessité de rendre les soins accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin.

19. Les ministères de la santé réexamineront les attributions, la dotation en personnel, la planification, la conception, l'équipement, l'organisation et la gestion des centres de santé et des hôpitaux de premier recours, afin de les préparer au rôle plus large qu'ils auront

à jouer pour soutenir les soins de santé primaires. Avant d'investir dans la construction de bâtiments, on étudiera le coût de l'exploitation des installations envisagées.

Technologie de la santé

20. On procédera à une évaluation systématique de la technologie de la santé [1] qu'on envisage d'utiliser dans chaque programme prioritaire afin de veiller à ce qu'elle soit adaptée au pays ou à la région du pays en cause. Cet examen portera sur les mesures intéressant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et la réadaptation. Il faudra décider si ces mesures doivent être appliquées une à une ou simultanément. Lorsqu'on précisera la technologie de la santé à appliquer, il faudra aussi spécifier pour chaque programme les mesures qui devraient être prises à la maison par les individus et les familles et celles qui incombent aux collectivités, qu'il s'agisse de faire appel au comportement individuel ou collectif ou d'appliquer des mesures techniques spécifiques. Enfin, les mesures à prendre par les services de santé aux échelons primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que celles qui devront être prises par d'autres secteurs, seront précisées.

21. Pour mettre au point une technologie appropriée, les ministères de la santé feront appel à d'autres services publics compétents tels que les ministères chargés de la science et de l'éducation, ainsi qu'aux instituts de recherche et aux établissements universitaires, à l'industrie et aux organisations non gouvernementales, tant dans le secteur de la santé que dans les secteurs apparentés. Ils consulteront également très largement les collectivités, pour s'assurer notamment de l'acceptabilité des mesures proposées, de l'adaptation de celles-ci aux conditions locales, par exemple au contexte rural ou urbain, et du choix adéquat de méthodes locales.

Recherche sur les systèmes de santé

22. Au cours de la sélection de mesures appropriées, les pays détermineront les recherches à entreprendre en vue de la mise au point de techniques nouvelles. Ils auront aussi recours à la recherche sur

[1] Le mot « Technologie » est utilisé dans le sens qui lui est donné dans le rapport de la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, c'est-à-dire d'« une association de méthodes, de techniques et de matériels... avec les agents qui les utilisent » — *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978, p. 66 (Série « Santé pour tous », N° 1).

les systèmes de santé pour trouver les meilleurs moyens d'intégrer la technologie dans les mesures à prendre au niveau des services de soins de santé primaires et aux divers niveaux de recours du système de santé. En outre, la recherche sur les systèmes de santé servira à trouver la meilleure manière d'organiser l'infrastructure sanitaire, en commençant par les soins de santé primaires au premier niveau de contact pour passer ensuite aux différents niveaux de recours, et en mettant à l'essai des mécanismes propres à assurer l'action intersectorielle et la participation de la collectivité.

Eléments essentiels des soins de santé primaires

23. Les ministères de la santé étudieront les divers moyens de fournir les éléments essentiels des soins de santé primaires. Après avoir identifié, pour chaque programme prioritaire, les activités qui devraient être menées par les individus eux-mêmes, par les collectivités, par les services de santé et par d'autres secteurs, ils regrouperont pour l'ensemble des programmes les activités prévues pour chaque catégorie, ce qui permettra ensuite de définir l'appui requis par chacune de ces catégories. Par exemple, il faudra apporter un soutien aux individus pour qu'ils puissent se soigner eux-mêmes, soigner les maladies et les traumatismes courants ou administrer des médicaments à titre prophylactique contre certaines maladies endémiques. Toute action visant à modifier le mode de vie peut avoir une influence considérable sur l'état nutritionnel des gens et sur celui de leurs enfants, sur l'utilisation adéquate des approvisionnements en eau et des moyens d'assainissement, et sur la prévention et la réduction de certaines maladies transmissibles ou non transmisibles.

24. De cette manière, il sera également possible de déterminer l'appui requis par les collectivités pour organiser et contrôler leurs propres soins de santé primaires et de mettre en œuvre des mesures d'aménagement de l'environnement, y compris l'environnement psycho-social, afin de prévenir et de réduire de nombreuses maladies transmissibles, d'autres maladies telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les troubles mentaux, et des phénomènes sociaux tels que l'abus de l'alcool et des drogues.

25. On procédera de même pour déterminer ce qui doit être entrepris par l'infrastructure sanitaire pour la totalité des programmes

dans des domaines aussi divers que l'application de la technologie; la diffusion d'informations; la formation; les conseils et l'éducation pour la santé; les soins cliniques; la distribution des médicaments et des fournitures.

26. Les ministères de la santé feront appel aux autorités responsables d'autres secteurs pour les inciter à intervenir dans des domaines particuliers. Dans certains pays, il faudra approcher les ministères du Plan, des finances et de l'agriculture en vue d'assurer un équilibre approprié entre les cultures vivrières et les cultures de rapport. Dans de nombreux pays, on demandera aux secteurs de l'agriculture, du logement et des travaux publics d'agir en vue de fournir à la population un approvisionnement en eau saine et des moyens d'assainissement. Les ministères de la planification et du développement seront invités à accorder toute l'attention voulue aux aspects «santé» des projets de développement, par exemple à la prévention de certaines maladies parasitaires. Les secteurs de l'éducation et de la culture seront invités à participer à l'organisation d'une grande variété d'activités intéressant l'éducation pour la santé dans les collectivités, les écoles et d'autres établissements d'enseignement et de formation ou à vocation culturelle. Il sera demandé aux responsables des travaux publics et des communications de faciliter la prestation des soins de santé primaires en améliorant les moyens de communication, en particulier pour les populations dispersées. L'accès aux médias sera facilité par le ministère de l'information ou son équivalent. Le secteur industriel verra son attention appelée sur les mesures requises pour protéger l'environnement contre la pollution et pour prévenir les maladies professionnelles. Il sera également prié, selon les besoins, d'étudier la possibilité d'établir des industries pour la production d'aliments et de médicaments essentiels. Le secteur du commerce et des échanges sera, quant à lui, invité à étudier les moyens de contrôler l'importation et l'exportation des produits de consommation qui pourraient avoir des effets défavorables sur la santé.

Contrôle social

27. Dès lors que l'infrastructure du système de santé et les programmes dont elle doit assurer l'exécution auront été précisés selon

les lignes indiquées ci-dessus, les pays seront mieux à même de s'occuper concrètement du contrôle social de l'ensemble du système de santé d'une manière qui soit conforme à leurs traditions politiques, culturelles et administratives. Une politique nationale précise peut s'avérer nécessaire, voire des mesures appropriées sur les plans législatif et budgétaire, pour que les individus et les collectivités puissent participer activement aux décisions de politique sanitaire et à l'orientation de la planification, de la gestion et du contrôle de l'infrastructure sanitaire et des programmes dont elle assure l'exécution. On pourra recourir aux mécanismes existants, ou peut-être en créer de nouveaux, pour permettre aux gens de s'exprimer au sujet du système de santé de leur collectivité ou de leur pays, de prendre des décisions sur la portée de la participation de l'individu et de la collectivité à certains éléments des soins de santé primaires dans le secteur de la santé et les secteurs apparentés, d'exercer un contrôle sur les soins de santé primaires au sein de la collectivité dont ils font partie, et de participer activement au contrôle des autres échelons du système de santé. Pour s'acquitter de telles responsabilités, les gens doivent être bien informés; les informer sera l'une des fonctions importantes des personnels de santé, qui font partie de la collectivité et du pays où ils vivent et où ils travaillent.

Cibles

28. Les pays définiront des cibles, tant pour le développement de l'infrastructure sanitaire que pour les programmes dont celle-ci assure l'exécution. Cela impliquera la fixation de dates limites intermédiaires pour l'achèvement de certaines activités et pour la réalisation de certains objectifs. Bien que ces cibles soient, de par leur nature même, propres à chaque pays, les cibles sur le plan mondial présentées au paragraphe 37 ci-après donnent une indication du type de cible que les pays pourront envisager.

Action internationale

29. L'action internationale visant à soutenir l'action nationale de développement des systèmes de santé sera essentiellement axée sur le renforcement des infrastructures sanitaires nationales et sur la promotion des sciences et de la technologie de la santé afin de faciliter aux pays le choix de technologies qui leur conviennent.

On trouvera ci-après de plus amples détails sur cette action internationale.

Echange d'informations

30. Les pays échangeront des informations sur l'expérience qu'ils ont acquise, et plus particulièrement sur les points suivants:

1) Les systèmes de santé nationaux fondés sur les soins de santé primaires et la manière dont ils sont organisés.

2) Le développement d'infrastructures sanitaires fondées sur les soins de santé primaires.

3) L'organisation des soins de santé primaires au sein de la collectivité.

4) Les faits nouveaux en matière de technologie de la santé, les technologies choisies par les pays et les méthodes de sélection de la technologie.

5) Le partage des responsabilités concernant l'exécution d'activités en rapport avec la santé entre les individus, les collectivités, les services de santé et d'autres secteurs.

6) La participation de la collectivité au fonctionnement des systèmes de santé et le contrôle social de ces systèmes.

Recherche et développement

31. Dans le domaine de la recherche et du développement en matière de systèmes de santé, l'action internationale prendra les formes suivantes:

1) Coordination internationale de la recherche afin d'identifier et de mettre au point une technologie sanitaire appropriée pour les éléments essentiels des soins de santé primaires.

2) Promotion et développement de la recherche sur les systèmes de santé, y compris l'appui de cette recherche dans les pays, le renforcement des institutions de recherche nationales, la collaboration inter-pays et la mise au point de méthodes de recherche appropriées.

3) Recherche et développement concernant des questions auxquelles on accorde un intérêt croissant, par exemple l'auto-prise en charge sanitaire et l'influence du mode de vie sur la santé.

Soutien technique

32. Dans le domaine technique, le soutien international comportera les éléments suivants:

1) Préparation et large diffusion de principes directeurs et de matériels didactiques sur des questions telles que l'organisation des soins de santé primaires par la collectivité, les systèmes d'orientation-recours, les systèmes logistiques, et la planification, la conception, la construction, l'équipement et la gestion des établissements de santé;

2) Mise au point de méthodes d'évaluation des technologies de la santé;

3) Coopération technique avec les pays qui le demandent pour le développement de leur système de santé.

Formation

33. Dans le domaine de la formation requise pour assurer le développement des systèmes de santé, le soutien international sera axé sur:

1) la formation de formateurs;

2) la création ou la restructuration selon les besoins des établissements de formation, y compris les écoles de santé publique, dans les pays en développement comme dans les pays développés.

Promotion de la coordination à l'intérieur du secteur de la santé

34. En ce qui concerne la coordination à l'intérieur du secteur de la santé, le soutien international portera sur:

1) La coordination des domaines d'action de l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations internationales qui s'intéressent à différents aspects de la santé, par exemple l'environnement, la sécurité sociale, etc.

2) La promotion de l'acceptation mutuelle des différentes catégories de personnels de santé et la rationalisation de la répartition des tâches entre ces catégories, ceci par l'intermédiaire d'organismes professionnels internationaux et en particulier d'organisations non gouvernementales.

3) La promotion d'accords sur les domaines d'action respectifs des organisations internationales non gouvernementales et des organismes bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé.

35. La promotion de l'action intersectorielle au niveau international sera assurée par les mesures suivantes:

1) Création de conseils consultatifs régionaux pour le développement sanitaire composés de personnalités représentant une gamme d'intérêts étendue — santé, affaires politiques, économiques et sociales — et chargés d'étudier conjointement les questions de politique générale intéressant la santé et le développement socio-économique dans leur région.

2) Conclusion d'accords bilatéraux et multilatéraux entre l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes du système des Nations Unies sur des questions telles que les suivantes:

- organisation des collectivités;
- recherche intersectorielle sur les systèmes de santé;
- fourniture de médicaments essentiels, de vaccins et de matériel de la chaîne de froid aux pays en développement à faible revenu;
- production de médicaments et de vaccins;
- inclusion dans les projets de développement économique d'éléments destinés à promouvoir et à sauvegarder la santé;
- politiques alimentaires et nutritionnelles et aliments d'appoint;
- inclusion de notions d'hygiène dans les programmes d'alphabétisation;
- moyens de faciliter l'accès aux médias internationaux;
- protection de l'environnement humain;
- coordination du soutien de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement.

3) Mise sur pied d'activités collectives destinées à être entreprises, dans des domaines intersectoriels prioritaires importants pour la

Stratégie, par des organisations non gouvernementales œuvrant dans le secteur de la santé et d'autres secteurs.

Eléments essentiels des soins de santé primaires

36. Outre les mesures de soutien susmentionnées, dont beaucoup se rapportent aux éléments essentiels des soins de santé primaires, l'action internationale sera intensifiée à l'échelle mondiale en vue d'encourager et de soutenir les éléments essentiels des soins de santé primaires dans les pays. Des programmes seront entrepris en vue de mettre au point des technologies appropriées pour la santé grâce à la recherche scientifique et d'en favoriser l'application par les infrastructures sanitaires nationales dans les meilleures conditions d'efficacité. Une attention particulière sera accordée aux besoins des groupes à haut risque tels que les mères et les enfants, les travailleurs dont la santé est exposée à des dangers particuliers sur leur lieu de travail et les personnes âgées, ainsi qu'à des domaines jusqu'ici négligés sur le plan international tels que: technologie clinique, techniques de laboratoire, techniques radiologiques, et fourniture de médicaments essentiels aux pays en développement à faible revenu.

Cibles sur le plan mondial

37. La liste ci-après illustre la nature des cibles que se fixeront les pays, compte tenu de leur situation dans le domaine socio-économique et dans celui de la santé, et que la communauté mondiale devra s'efforcer d'atteindre d'ici l'an 2000:

1) Dans tous les pays, chaque individu aura au moins aisément accès aux soins de santé essentiels et aux services du premier échelon de recours.

2) Chaque individu s'occupera activement de sa propre santé et de celle de sa famille dans toute la mesure où il le pourra et participera à l'action communautaire en faveur de la santé.

3) Les collectivités dans le monde entier partageront avec les pouvoirs publics la responsabilité de la protection de leurs membres en matière de santé.

4) Tous les gouvernements auront aussi assumé la responsabilité générale de la santé de leur population.

5) Tous les individus auront accès à un approvisionnement en eau de boisson saine et à des moyens d'assainissement.

6) Tous les habitants du monde seront nourris de manière adéquate.

7) Tous les enfants seront vaccinés contre les grandes maladies infectieuses de l'enfance.

8) En l'an 2000, les maladies transmissibles n'auront pas plus d'importance sur le plan de la santé publique dans les pays en développement qu'elles n'en ont dans les pays développés en 1980.

9) Tous les moyens possibles seront mis en œuvre pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles et pour promouvoir la santé mentale par la modification du mode de vie et le contrôle de l'environnement physique et psycho-social.

10) Des médicaments essentiels seront disponibles pour tous.

IV. Promotion et soutien du développement des systèmes de santé

1. Pour assurer et faciliter l'application des principes sur lesquels repose la Stratégie selon les grandes lignes indiquées plus haut, des efforts intensifs seront déployés en vue d'obtenir l'engagement des décideurs politiques et le soutien des planificateurs économiques et d'emporter l'adhésion des professions médico-sanitaires et apparentées. Un processus de gestion adéquat sera mis en place afin de faciliter la mise en œuvre de la stratégie nationale par le système de santé. La recherche sur la santé sera revue et réorientée selon les besoins de manière à donner la priorité aux problèmes dont la solution est indispensable pour l'application de la Stratégie. On aura aussi recours à l'instrument opérationnel que représente l'information pour soutenir les buts de la stratégie et faciliter son application.

Engagement politique

2. Pour que la Stratégie puisse être appliquée avec succès *dans les pays* il faudra qu'une autorité unique assume la responsabilité de sa mise en œuvre au nom des pouvoirs publics. La première réforme à laquelle il faudra envisager de procéder dans de nombreux pays consistera donc à renforcer la position du ministère de la santé, ou de l'autorité analogue, de manière qu'il devienne l'autorité directrice et coordonnatrice des activités nationales dans le domaine de la santé. Cela n'implique pas nécessairement l'administration directe de tous les équipements de santé puisque la plupart des sytèmes de santé, par définition, comprendront des éléments qui ne sont pas administrativement subordonnés au ministère de la santé; mais cela signifie que le ministère de la santé ou l'autorité analogue sera chargé d'orienter les activités vers l'application de la stratégie nationale de la santé pour tous et de les coordonner pour le compte du gouvernement, tant dans le secteur de la santé, quelle que soit l'institution chargée de l'exécution des activités, que dans d'autres secteurs, par les voies appropriées. Dans certains pays, cette responsabilité incombera à l'ensemble du secteur de la santé, y compris les services de santé

assurés par les organismes de sécurité sociale et les industries aussi bien que par les ministères de la santé, le secteur dans sa totalité étant placé sous l'autorité du ministre de la santé.

3. Fort de l'engagement collectif des Etats Membres de l'OMS à l'égard de la Stratégie, chaque ministère de la santé prendra des initiatives pour obtenir l'engagement des pouvoirs publics dans leur ensemble en faveur de sa mise en œuvre dans le pays. En outre, au nom du gouvernement, le ministère de la santé s'efforcera de s'assurer, selon qu'il conviendra, le soutien de personnalités et d'organismes bien connus du public, tels que les partis politiques, les dirigeants religieux, les notables, les syndicats, et les organisations non gouvernementales influentes. On mobilisera le soutien populaire en incitant les individus et les familles à s'occuper eux-mêmes de leur propre santé et en les faisant participer collectivement à l'action technique, matérielle et financière de la communauté en faveur des soins de santé primaires.

4. Les ministères de la santé proposeront aux pouvoirs publics la création de mécanismes appropriés pour assurer la mise en œuvre des mesures requises dans tous les secteurs sociaux et économiques pertinents, par exemple des comités interministériels ou des conseils nationaux plurisectoriels de la santé. Ils mettront en œuvre tous les moyens possibles pour procéder à la redistribution des ressources pour la santé de manière à parvenir progressivement à une répartition équitable entre toutes les couches de la population dans l'ensemble du pays. Pour faciliter l'introduction des réformes nécessaires, des lois-cadres seront promulguées dans certains pays, par exemple pour définir les droits et obligations de l'individu au regard de sa propre santé, ainsi que les droits et obligations de diverses catégories de personnels et d'établissements de santé, ou pour protéger les gens contre les risques liés à l'environnement, ou encore pour permettre aux collectivités d'élaborer et de gérer leurs services et programmes socio-sanitaires. Il faudra prendre garde d'éviter que des débats prolongés sur la législation ne se substituent à l'action, et l'on devra aussi s'assurer que la population comprend la nature de cette législation et l'approuve.

5. *Sur le plan international,* on aura recours à l'Assemblée mondiale de la Santé et aux comités régionaux de l'OMS pour fournir un appui politique constant grâce à des déclarations et des contacts avec les dirigeants politiques, le système des Nations Unies et les médias. Les Régions de l'OMS qui ne l'ont pas encore fait envisageront de formuler des chartes de la santé que les chefs d'Etat seront ensuite invités à ratifier. Des efforts intensifs seront déployés au sein du système des Nations Unies pour obtenir que les chefs d'Etat soutiennent les stratégies nationales et internationales de la santé pour tous. L'Assemblée générale des Nations Unies et le Conseil économique et social seront informés périodiquement des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution 34/58 de l'Assemblée générale sur la santé en tant que partie intégrante du développement et dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Les organes directeurs des institutions spécialisées des Nations Unies seront invités, par l'intermédiaire des chefs de secrétariat, à prendre des mesures dans leur domaine d'activité particulier en vue de soutenir la Stratégie.

6. Des démarches similaires seront entreprises auprès d'ensembles géopolitiques sous-régionaux, régionaux et mondiaux par le truchement d'influents « partisans de la santé pour tous » figurant parmi les représentants de leurs Etats Membres. Ces ensembles géopolitiques seront encouragés à inclure dans leur programme et dans leurs activités les éléments de la Stratégie qui les concernent particulièrement. Il sera également fait appel aux organisations internationales non gouvernementales influentes pour qu'elles englobent dans leurs activités les éléments de la stratégie qui relèvent de leur domaine de compétence. Les textes législatifs importants adoptés dans des pays pour soutenir la stratégie nationale de la santé pour tous seront portés à la connaissance d'autres pays qui pourraient tirer profit de cette information.

Soutien économique

7. Les *ministères de la santé* saisiront toutes les occasions d'obtenir l'appui des planificateurs et des institutions économiques en leur faisant comprendre que la santé est essentielle au développement

car elle contribue à la production, et en réfutant l'allégation selon laquelle l'action de santé consisterait simplement à consacrer des ressources déjà limitées à des soins médicaux d'une utilité discutable et sans aucun impact sur la santé de la population. Les ministères de la santé veilleront également, en employant au besoin du personnel spécialisé, à ce que des mesures appropriées de protection et de promotion de la santé fassent partie intégrante des projets de développement — par exemple ouvrages d'irrigation, barrages et grands travaux de développement industriel dans les pays développés comme dans les pays en développement — en tenant dûment compte des rapports coût-efficacité.

8. *Au niveau international*, des efforts constants seront déployés pour convaincre les institutions bilatérales et multilatérales de consacrer des ressources à la Stratégie de manière qu'elles aient un effet multiplicateur dans les pays. Des mesures systématiques seront prises pour inciter les banques, les organismes de financement et les institutions multilatérales et bilatérales à s'engager fermement à accorder des subventions et des prêts pour la Stratégie, en reconnaissance de sa contribution au développement du potentiel humain. Des données seront rassemblées et largement diffusées pour montrer les avantages que procure l'incorporation de mesures de protection de la santé dans les projets de développement et pour démontrer aussi les risques que ferait courir l'absence de telles mesures. Ces données seront soumises en particulier aux commissions économiques régionales, afin de les inciter à tenir compte des répercussions que les grands travaux de développement peuvent avoir sur la santé.

Adhésion des groupes professionnels

9. La participation de la collectivité à l'élaboration et à l'exécution de la stratégie nationale de la santé pour tous implique aussi la participation de ceux qui, dans la société, assument des fonctions techniques se rapportant à la santé. Des efforts particuliers seront faits pour obtenir le soutien de ces personnes qui, convenablement motivées, peuvent exercer une influence considérable sur les responsables politiques comme sur le grand public; si ces personnes ne sont pas mobilisées, elles peuvent constituer un sérieux obstacle.

10. Pour s'assurer le soutien des professions médico-sanitaires, les *ministères de la santé* étudieront les moyens d'obtenir qu'ils participent aux soins de santé primaires et donnent leur appui et leurs conseils aux collectivités et aux agents de santé communautaire. A cette fin, les ministères entreront en contact avec les organisations professionnelles de médecins, d'infirmières et d'autres membres des professions médico-sanitaires, ils leur fourniront des renseignements, dialogueront avec eux et s'emploieront à leur faire prendre conscience de leurs responsabilités sociales. Ils étudieront aussi les moyens de leur fournir des stimulants concrets.

11. Afin d'exercer une influence à plus long terme, les autorités de la santé prendront les mesures nécessaires pour inciter les écoles de santé publique, de médecine, de soins infirmiers et d'autres sciences de la santé, à incorporer dans leurs programmes d'études la philosophie de la santé pour tous, les principes des soins de santé primaires et les éléments essentiels du processus de gestion pour le développement sanitaire national et à dispenser une formation pratique appropriée dans ces domaines. Des efforts similaires seront déployés pour obtenir la participation du personnel technique d'autres secteurs ayant un impact sur la santé.

12. *Au niveau international*, toutes les organisations techniques non gouvernementales dont les activités pourraient contribuer à l'acceptation et à la promotion de la santé pour tous fondée sur les soins de santé primaires recevront des informations sur l'opération « santé pour tous ». Elles seront invitées à prendre certaines initiatives pour convraincre leurs membres de s'engager à fond dans cette opération dans leur propre pays: par exemple, diffusion de rapports sur l'état d'avancement de l'opération, étude de problèmes techniques particuliers en fonction des difficultés rencontrées par les pays dans la mise en œuvre de leur stratégie, recherches intéressant la santé pour tous, recyclage de leurs membres.

13. Les institutions spécialisées des Nations Unies seront invitées à inclure dans leur programme des activités en rapport avec la Stratégie, soit pour soutenir l'action nationale entreprise par le secteur

concerné, soit pour obtenir l'appui des spécialistes de diverses disciplines sociales et économiques, notamment par le biais de leurs organisations non gouvernementales. On tentera ainsi d'amener d'autres organismes des Nations Unies à prendre des mesures en faveur de la Stratégie dans des domaines tels que la planification et la gestion socio-économiques, l'éducation, l'agriculture et le développement industriel.

Mise sur pied d'un processus de gestion

14. Afin de pouvoir élaborer et appliquer leur stratégie, *les pays* qui ne l'ont pas encore fait mettront sur pied un processus systématique permanent de gestion du développement sanitaire. Quelle qu'en soit la nature précise, ce processus aboutira à la définition d'objectifs clairement énoncés comme éléments de la stratégie nationale et, dans toute la mesure possible, de cibles déterminées. Ce processus facilitera l'allocation préférentielle des ressources pour la santé à l'application de la stratégie et indiquera les principales voies à suivre dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs pour parvenir à cette mise en œuvre. Il permettra de préciser les activités requises pour mettre sur pied ou renforcer le système de santé fondé sur les soins de santé primaires, en vue de l'exécution de programmes d'envergure nationale. Le processus de gestion précisera aussi les mesures à prendre pour mettre en œuvre des programmes détaillés dans le cadre du système de santé, ainsi que la gestion au jour le jour des programmes et des services et institutions chargés de leur exécution. Enfin, il précisera les méthodes d'évaluation à appliquer pour améliorer l'efficacité et accroître l'efficience, la Stratégie étant alors modifiée ou mise à jour selon les besoins. La planification et la gestion des personnels de santé seront une composante indissociable de ce processus. A toutes ces fins, on mettra sur pied un système d'appui informationnel approprié faisant partie intégrante du système de santé.

15. Pour développer et appliquer leur processus de gestion et dispenser une formation adéquate à tous ceux qui en ont besoin, les ministères de la santé établiront des mécanismes permanents. Ceux-ci pourront comprendre des dispositifs à l'intérieur même de

ces ministères, ainsi que des réseaux d'individus et d'institutions œuvrant aussi bien dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs, établissements universitaires compris, qui se partageront les activités de recherche, de développement et de formation en matière de gestion que nécessite le développement sanitaire.

16. Un *soutien international* de nature aussi bien matérielle que technique sera accordé aux pays en vue du développement de leurs processus et mécanismes de gestion.

17. Le soutien matériel sera assuré par la mobilisation des ressources humaines et financières requises pour l'établissement ou le renforcement de mécanismes nationaux destinés à élaborer un processus de gestion, former le personnel requis, mettre ce processus en œuvre, et organiser l'information nécessaire. La collaboration inter-pays entre ces mécanismes nationaux sera encouragée.

18. Le soutien technique comprendra la préparation et une large diffusion de principes directeurs applicables au processus de gestion qui seront basés sur des expériences nationales et que les pays pourront adapter à leurs besoins, ainsi que la préparation et la diffusion d'un matériel de formation adéquat. Une coopération technique avec les pays sera également assurée pour les aider à développer et appliquer leur processus de gestion et à former du personnel. La priorité sera accordée à la formation des formateurs et autres cadres supérieurs de la santé publique, laquelle sera dispensée principalement dans les institutions nationales pour le développement sanitaire, notamment par l'application de la méthode de l'apprentissage par l'action.

Réorientation de la recherche

19. La recherche est souvent considérée comme un luxe que seules peuvent se permettre les sociétés prospères; pourtant sa conduite fructueuse et l'application de ses résultats sont souvent une source de prospérité. Les *gouvernements* réexamineront la portée et le contenu de leurs activités dans le domaine de la recherche biomédicale et psycho-sociale et de la recherche sur les systèmes de santé, en vue de les axer sur les problèmes qui doivent être résolus

dans le cadre de leur stratégie de la santé pour tous. L'identification de ces problèmes est l'un des nombreux objectifs du processus de gestion pour le développement sanitaire national. Le but ultime sera l'autoresponsabilité nationale en matière de recherche sur la santé, mais les gouvernements s'emploieront d'abord à définir les activités de recherche qu'ils peuvent poursuivre avec leurs ressources nationales, celles pour lesquelles une collaboration internationale est nécessaire et celles dont il est préférable de laisser la conduite aux pays qui disposent de ressources plus importantes pour la recherche sur la santé.

20. Les pouvoirs publics accorderont une attention spéciale à l'affectation des ressources nécessaires aux recherches pertinentes sur la santé, à la formation des jeunes chercheurs et à la question connexe des plans de carrière pour les personnels qui se consacrent à la recherche sur la santé, à l'équilibre entre les activités de recherche et la prestation de services, et à la large diffusion des résultats de la recherche dans des milieux divers afin d'en favoriser la prompte application.

21. Les pouvoirs publics envisageront la création ou le renforcement de conseils de la recherche en matière de santé afin de faciliter la coordination des activités de recherche sur la santé dans le pays, ils s'emploieront à éveiller l'intérêt des conseils de la recherche médicale pour les grands problèmes de santé, et ils examineront la possibilité de créer des départements de recherche sur la santé au sein des conseils chargés de la recherche scientifique en général.

22. Il conviendra de recourir à des mécanismes permettant de mettre en contact chercheurs et planificateurs, par exemple à des réseaux d'instituts nationaux pour le développement sanitaire, afin que les plans de recherche tiennent compte des exigences des décideurs et que les résultats soient réellement appliqués.

23. *Le soutien international* à la recherche nationale sur la santé sera essentiellement axé sur l'identification des recherches collectives à entreprendre en priorité au niveau international et sur la coordination de ces recherches au niveau des pays. Le soutien

international consistera aussi à renforcer les capacités nationales en matière de recherche sur la santé par la formation, en particulier de jeunes chercheurs, et par le détachement provisoire de chercheurs expérimentés, ainsi que par la mobilisation de ressources financières pour la recherche dans les pays peu développés.

24. Outre les rapports sur l'état d'avancement des recherches collectives internationales, les résultats de la recherche qui pourraient être utilement appliqués seront largement diffusés dans les pays dès qu'ils sont disponibles, des mécanismes appropriés étant mis en place à cette fin.

25. Le soutien international fourni au titre de la recherche intéressant la Stratégie sera pour l'essentiel mobilisé et coordonné par le Comité consultatif mondial OMS de la Recherche médicale et les comités consultatifs régionaux OMS de la recherche médicale, ainsi que par les programmes spéciaux de recherche de l'Organisation.

Information

26. L'information sera utilisée comme instrument opérationnel permanent des stratégies nationales et internationales pour mobiliesr le soutien politique, financier, gestionnaire, technique et populaire. Les *ministères de la santé* assumeront un rôle très actif en diffusant le type d'information qui est susceptible d'exercer une influence sur les divers auditoires visés. C'est ainsi que des exposés sur les buts et les avantages socio-économiques potentiels de la Stratégie, ainsi que des rapports sur l'état d'avancement de sa mise en œuvre, seront soumis aux dirigeants politiques, économiques et sociaux et aux milieux gouvernementaux intéressés.

27. Des informations sur la valeur de diverses technologies de santé et sur les problèmes que soulève leur application ainsi que sur les méthodes d'organisation et de gestion des systèmes de santé seront fournies en permanence aux personnels de santé des différentes catégories.

28. Toutes ces informations seront diffusées sous une forme compréhensible pour le grand public par les médias, les services

éducatifs et culturels et les services de soins de santé primaires eux-mêmes.

29. *Le soutien international* dans ce domaine consistera à fournir au monde des renseignements objectifs sur ce qui est réellement utile pour le développement en matière de santé et sur les problèmes de santé pour lesquels il n'existe pas encore de solution satisfaisante. Seront communiquées à ce titre des informations sur les buts mondiaux et les avantages socio-économiques potentiels de la Stratégie, ainsi que des rapports de situation sur sa mise en œuvre. Des informations similaires seront présentées aux dirigeants politiques et socio-économiques du monde dans les instances internationales appropriées telles que l'Assemblée générale des Nations Unies et le Conseil économique et social, les groupements géopolitiques, les instituts politiques et socio-économiques internationaux, etc.

30. Des informations vérifiées sur toutes les questions de technique ou de gestion concernant la santé pour tous fondée sur les soins de santé primaires seront préparées grâce à la collaboration internationale et largement diffusées.

31. On préparera à partir de l'information politique, socio-économique, gestionnaire et technique dont il est question plus haut du matériel de vulgarisation susceptible d'être adapté par les pays à leurs besoins. On recherchera activement des agents appropriés pour la diffusion de ce matériel de vulgarisation à l'échelon international: médias, industrie cinématographique, organisations non gouvernementales, groupements sociaux et religieux internationaux, associations féminines, mouvements de jeunesse, etc.

V. Production et mobilisation des ressources

1. Pour assurer la mise en œuvre de la Stratégie dans le monde entier, il faudra constituer et mobiliser toutes les ressources possibles: ressources humaines d'une part et ressources financières et matérielles d'autre part.

Développement des ressources humaines

2. La Stratégie suppose la mobilisation de toutes les ressources humaines, et non pas uniquement des personnels de santé. Conscients que la participation est le meilleur moyen de mobiliser les gens, les *ministères de la santé* étudieront les moyens de les faire participer à la prise de décisions concernant le système de santé requis et la technologie pour la santé qu'ils jugent acceptable, et de faire exécuter une partie du programme national de santé au moyen de l'auto-prise en charge sanitaire des individus et des familles et de leur participation à l'action communautaire en faveur de la santé.

3. Voici quelques mesures à envisager pour promouvoir la participation de la collectivité:

1) Délégation des responsabilités, des pouvoirs et des ressources pour instituer les soins de santé primaires au sein de la collectivité sous une forme adaptée aux conditions de vie réelles des habitants.

2) Création de conseils communautaires pour la santé composés d'un échantillon représentatif de la population et chargés de développer et de contrôler les soins de santé primaires.

3) Encouragement de l'auto-prise en charge sanitaire individuelle et familiale, adoption d'un mode de vie sain et application des règles d'une bonne hygiène alimentaire et générale.

4) Délégation des responsabilités et des ressources aux collectivités pour leur permettre de mettre en œuvre des éléments convenus des programmes de santé, par exemple de procéder à des pulvéri-

sations d'insecticides pour lutter contre le paludisme ou d'assurer une alimentation adéquate aux enfants défavorisés.

5) Création de mécanismes permettant aux individus de participer au niveau national à la prise de décisions concernant le système de santé et la technologie sanitaire du pays par des voies sociales et politiques acceptées.

6) Adoption de dispositions garantissant la représentation de la population au sein des conseils nationaux de la santé ou des conseils de niveau intermédiaire.

7) Election de membres du public aux organes directeurs des établissements de santé.

4. Les ministères de la santé lanceront des programmes nationaux d'éducation pour la santé exécutés par le personnel de santé, les médias et les établissements d'enseignement de tous types, en vue de faire mieux connaître à l'ensemble de la population les problèmes de santé du pays et de la collectivité, ainsi que les meilleurs moyens de les prévenir et de les résoudre.

5. Parallèlement, toute l'attention voulue sera donnée à la réorientation et au recyclage éventuels des personnels de santé déjà en place auxquels il faudra notamment donner la possibilité de jouer un rôle actif dans les programmes communautaires d'éducation pour la santé. On envisagera également de former de nouvelles catégories de personnels de santé, d'obtenir la participation et d'assurer éventuellement la réorientation des tradipraticiens et des accoucheuses traditionnelles, et de recourir à des agents de santé bénévoles.

6. Outre l'orientation et la formation des personnels de santé, on donnera à d'autres personnes ayant des responsabilités au sein de la collectivité, telles que les notables, les religieux, les enseignants, les agents communautaires, les travailleurs sociaux et les magistrats, des informations sur la stratégie nationale de santé et sur le concours qu'elles pourraient apporter à son exécution.

7. Les organisations bénévoles seront vivement encouragées à participer aux activités de promotion de la santé et à la prestation de soins d'urgence et autres soins de santé, après définition des lignes d'action à suivre et répartition des responsabilités.

8. *Au niveau international*, les mesures suivantes seront prises:

1) On rassemblera et on utilisera au niveau international des informations concernant les personnes et les groupes qui, dans le monde entier, seraient susceptibles de fournir, à titre individuel ou collectif, une aide aux pays pour divers aspects de leur stratégie.

2) On identifiera les tâches particulières dont peuvent s'acquitter les organisations internationales, non gouvernementales et bénévoles, et un effort systématique sera entrepris pour encourager ces organisations à s'engager à les exécuter.

3) L'UNESCO sera invitée à utiliser des informations en matière de santé dans son programme mondial d'alphabétisation, ceci dans le but d'inculquer une connaissance élémentaire des besoins nutritionnels et sanitaire et des moyens de prévenir ou de résoudre les problèmes de santé les plus courants.

4) Les pays en développement et les pays développés concernés se concerteront en vue de fixer les mesures pratiques à prendre pour empêcher l'exode des personnels de santé.

Ressources financières et matérielles

9. De même qu'il suppose la mobilisation de toutes les ressources humaines possibles, le succès de la Stratégie dépend aussi de la mobilisation de toutes les ressources financières et matérielles possibles. Cela signifie avant tout qu'il faut tirer le meilleur parti des ressources existantes à l'intérieur de chaque pays et parmi les pays. En outre, il faudra certainement trouver des ressources supplémentaires.

10. Dans ce contexte, les *ministères de la santé:*

1) reverront la répartition de leur budget de santé, et en particulier des ressources affectées aux soins de santé primaires et

aux échelons intermédiaires et central, aux zones urbaines et rurales et à certains groupes sous-desservis;

2) procéderont à la réaffectation des ressources existantes, selon les besoins — et, si cela se révèle impossible, au moins à l'affectation de ressources supplémentaires — pour la prestation de soins de santé primaires, notamment au bénéfice des groupes de population défavorisés;

3) incluront une analyse des coûts et des matériels requis dans toute étude de la technologie pour la santé ainsi que de l'établissement et de l'entretien de l'infrastructure sanitaire;

4) détermineront le rapport coût/avantages de différents programmes de santé, ainsi que le rapport coût/efficacité de différentes techniques et de différentes modalités d'organisation des systèmes de santé;

5) détermineront l'ordre de grandeur du total estimatif des crédits requis pour la mise en œuvre de la stratégie nationale jusqu'en l'an 2000;

6) s'efforceront d'obtenir des crédits nationaux supplémentaires pour la stratégie si c'est nécessaire et s'ils sont certains de pouvoir fournir la preuve qu'ils ont tiré le meilleur parti possible des fonds existants;

7) étudieront différents moyens de financer le système de santé, y compris l'utilisation éventuelle des fonds de sécurité sociale;

8) identifieront les activités qui pourraient attirer de l'extérieur des subventions ou des prêts;

9) dans les pays en développement, prendront des mesures pour que le gouvernement demande l'octroi de tels subventions et prêts par des banques ou organismes de financement extérieurs ou par des institutions multilatérales ou bilatérales;

10) dans les pays développés, prendront des mesures pour convaincre les institutions concernées de consentir à accorder de tels subventions et prêts;

11) présenteront à leur gouvernement un plan directeur pour l'utilisation de toutes les ressources financières et matérielles, y

compris le financement public direct et indirect, les programmes de sécurité sociale et d'assurance-maladie, les solutions des collectivités locales en termes d'énergie, de main-d'œuvre, de matériel et d'espèces, les paiements effectués par les bénéficiaires de prestations et l'utilisation des subventions et prêts extérieurs.

11. *L'action internationale* se composera des éléments suivants:

1) Echange d'informations sur les divers moyens de financer les systèmes de santé.

2) Evaluation de l'ordre de grandeur des besoins financiers et matériels de la Stratégie.

3) Activités de promotion, d'élaboration de méthodologies et de soutien pour des études coût/avantages sur différents éléments de la Stratégie, tels que les programmes d'approvisionnement en eau saine et d'assainissement, de vaccination et de nutrition, et pour des études coût/efficacité sur les différentes modalités d'organisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

4) Transferts de ressources des pays développés dans les pays en développement qui sont prêts à consacrer à la santé des ressources additionnelles substantielles, et examen de la nature et de l'ampleur de ces transferts eu égard aux impératifs de la Stratégie;

5) Renforcement des moyens dont disposent les pays en développement pour préparer des propositions en vue d'un financement éventuel par leurs gouvernements et par des sources extérieures.

6) Etablissement de mécanismes régionaux au sein de l'OMS pour identifier les besoins et faciliter la mobilisation nationale des fonds ainsi que les transferts entre pays.

7) Création d'un groupe mondial de ressources pour la santé pour tous au sein duquel les représentants de pays développés et en développement, d'institutions bilatérales et multilatérales, et de certaines organisations des Nations Unies ainsi que d'organisations non gouvernementales et de fondations pourront se

réunir sous les auspices de l'OMS pour rationaliser le transfert des ressources et pour chercher les moyens d'obtenir des fonds supplémentaires selon les besoins.

Prévisions de dépenses

12. Quelque US $20 milliards sont consacrés chaque année aux dépenses publiques de santé dans les pays en développement (calcul basé sur les chiffres du tableau 1, section I). On sait peu de chose sur les dépenses sanitaires privées dans ces pays, y compris les honoraires en espèces ou en nature versés aux praticiens de la médecine traditionnelle et aux accoucheuses traditionnelles. Il n'existe pas encore d'estimation précise du coût des activités à entreprendre pour instaurer dans ces pays la santé pour tous en l'an 2000, encore que des analyses provisoires aient été faites. Il ressort par exemple d'estimations préliminaires approximatives qu'un supplément annuel d'environ US $10 par habitant pour l'action de santé dans les pays en développement permettrait des progrès considérables. Pour aider les pays en développement à se procurer ces fonds additionnels, il serait nécessaire de leur transférer chaque année environ US $2 par habitant pour une population de quelque 400 millions de personnes, environ US $1 par habitant pour quelque 800 millions de personnes, et environ US $0,5 par habitant pour 800 millions de personnes de plus afin de leur apporter les informations et les techniques nécessaires. Il faudrait prévoir un transfert annuel total d'environ US $2 milliards. En outre, le transfert d'environ US $3 milliards par an serait nécessaire pour les activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement et devrait être pris en charge par les différents secteurs intéressés dans le monde entier, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du système des Nations Unies. Ces estimations approximatives seront progressivement affinées à mesure que l'on disposera d'informations plus complètes.

13. Sur le total général ci-dessus d'environ US $5 milliards, qui est le montant des transferts internationaux nécessaires pour la santé, quelque US $2 milliards sont déjà en cours de transfert. Sur cette somme, US $1,2 milliard environ provient de sources bilatérales et US $700 millions environ d'organisations non gouvernementales.

En outre, US $1 milliard environ sont fournis sous la forme de prêts bancaires et d'activités des Nations Unies en rapport avec la santé, sans qu'il s'agisse à proprement parler de transferts.

14. On a estimé que les dépenses totales pour la santé dans les pays développés représentaient environ le double des dépenses publiques, ce qui correspond à une moyenne annuelle de quelque US $600 milliards au cours des deux prochaines décennies (calcul basé sur le tableau 1 et la figure 2 de la section I). Selon toute probabilité, la plupart des pays développés pourraient appliquer la Stratégie sans engager de dépenses supplémentaires en remodelant leur système de santé selon les besoins et en assurant en conséquence une redistribution judicieuse des ressources existantes.

VII. Coopération inter-pays

1. L'ampleur et la complexité des stratégies nationales esquissées plus haut montrent que très peu de pays seront capables d'appliquer seuls ces stratégies, d'où la nécessité d'une coopération inter-pays qui est la forme que prendra le plus souvent le soutien international.

2. Les ministères de la santé s'efforceront donc d'obtenir de leur gouvernement qu'il s'engage non seulement à appliquer la stratégie nationale mais aussi à coopérer pleinement avec d'autres pays à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale.

Coopération technique et économique entre pays en développement

3. La coopération technique entre pays en développement (CTPD) est d'une grande importance pour ces pays, de même que la coopération économique entre eux (CEPD).

4. Les pays en développement envisageront de participer à la CTPD/CEPD en entreprenant des activités collectives et des efforts conjoints tels que, par exemple, l'échange d'informations et de données d'expérience sur tous les aspects de leurs stratégies, la formation, la recherche collective, l'échange d'experts, des programmes conjoints de lutte contre certaines maladies, la production, l'achat et la distribution des médicaments essentiels et autres matériels médicaux et fournitures médicales essentiels, la mise au point et la construction d'infrastructures sanitaires, et la conception et l'application de techniques peu coûteuses pour l'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets.

Coopération technique entre pays développés

5. Les pays développés envisageront eux aussi d'intensifier leurs activités de coopération, par exemple dans des domaines tels que l'évaluation des technologies cliniques, radiologiques et de laboratoire et l'évaluation de l'utilité des examens sélectifs pour le dépistage précoce des maladies, la recherche sur les maladies non transmissibles les plus répandues et sur la santé mentale, la lutte contre les risques liés à l'environnement, y compris les effets à long terme sur la santé des substances chimiques présentes dans l'environnement, la prévention de l'abus de l'alcool et des drogues et la lutte contre ces abus, la prévention des accidents, et les soins aux personnes âgées.

6. Les enseignements tirés de telles activités seront communiqués à tous les pays, qu'ils soient développés ou en développement.

Coopération entre pays développés et pays en développement

7. La coopération entre pays développés et pays en développement profitera à tous pour l'application des stratégies nationales et sera indispensable à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Conformément aux principes du nouvel ordre économique international, de nouvelles formes de coopération trilatérale et multilatérale pour le développement sanitaire seront instaurées, associant les pays développés, les pays en développement et l'Organisation mondiale de la Santé.

Arrangements régionaux de l'OMS

8. Les arrangements régionaux de l'OMS seront pleinement mis à contribution par les pays pour faciliter la coopération interpays. Les stratégies régionales de la santé pour tous, qui contribuent à la Stratégie mondiale, seront adaptées selon les besoins de manière à refléter les préoccupations mondiales tout en continuant à répondre aux exigences spécifiques des pays de la région concernée, eu égard à leurs situations socio-économique et sanitaire.

VII. Surveillance et évaluation

Processus national de surveillance et d'évaluation

1. Les *gouvernements* voudront savoir si la mise en œuvre de leur stratégie progresse, et si ces stratégies ont l'effet souhaité sur l'état de santé des populations. A cette fin, ils envisageront d'introduire le plus tôt possible un système de surveillance et d'évaluation adapté à leurs besoins, dans le cadre du processus de gestion pour le développement sanitaire au niveau national. Quelle qu'en soit la nature précise, ce système devra permettre de suivre de près les progrès accomplis dans l'exécution des mesures décidées, ainsi que l'efficience de cette exécution, et d'évaluer l'efficacité de ces mesures et leur retentissement sur la santé et le développement socio-économique des populations.

2. La surveillance de l'exécution et l'évaluation de l'efficacité et de l'impact sont normalement assurées à deux niveaux — le niveau politique et le niveau gestionnaire et technique — mais il faut une liaison entre ces deux niveaux. Au niveau politique, les pays voudront savoir si l'état de santé de la population s'améliore et s'il est nécessaire d'apporter des modifications à la politique de santé et à la stratégie dans ce domaine. Aux niveaux gestionnaire et technique, les responsables voudront savoir si des programmes pertinents sont formulés et si des services et activités axés sur leur mise en œuvre sont correctement mis au point. Ils voudront aussi savoir si l'exécution des programmes est assurée de manière efficace par des services de santé et des services socio-économiques correctement gérés.

Indicateurs nationaux

3. Dans le cadre de leur processus d'évaluation, les pays sélectionneront des indicateurs adaptés à leur situation socio-économique et sanitaire. Ce faisant, ils opéreront d'une manière hautement sélective afin que l'emploi des indicateurs soit réalisable et valable. Les situations socio-économique et sanitaire étant évolutives, la sélec-

tion des indicateurs devra l'être également. On tiendra compte des indicateurs de la politique de santé et des indicateurs socio-économiques, des indicateurs de l'état de santé et de la qualité de la vie, et des indicateurs concernant la prestation des soins de santé. Dans tous les cas, la sélection des indicateurs sera fortement tributaire des possibilités de collecte des renseignements nécessaires.

4. Un *soutien international* sera fourni aux pays pour les aider à se prononcer sur leur processus d'évaluation sanitaire et à choisir des indicateurs, ce soutien étant constitué au départ par la publication de textes spécifiquement consacrés à ces questions.

Surveillance et évaluation régionales et mondiales

5. La surveillance et l'évaluation de la stratégie interviendront également aux niveaux régional et mondial. De la sorte, les pays coopéreront pour estimer dans quelle mesure on s'est rapproché collectivement dans les régions et au niveau mondial de l'objectif de la santé pour tous. A ces niveaux, la surveillance et l'évaluation reposeront sur l'information communiquée par les pays. Ce processus de coopération fournira à tous les pays des informations sur la situation sanitaire et la situation socio-économique connexe, ce qui facilitera les décisions à prendre au sujet des modifications qu'il faudrait apporter éventuellement à la politique sanitaire internationale et à la Stratégie mondiale.

Indicateurs mondiaux

6. Pour assurer la surveillance et l'évaluation de la Stratégie à l'échelle mondiale, on aura recours à une brève liste d'indicateurs. Cela suppose que les pays s'engagent, tant individuellement que solidairement au sein de groupements régionaux, à utiliser à tout le moins ces indicateurs et à fournir à leur sujet les informations nécessaires. Il convient de souligner qu'il ne s'agit là que d'une liste minimale conçue de manière que tous les pays puissent l'utiliser. Nombre de pays désiront utiliser des indicateurs additionnels en fonction de leurs besoins et de leurs capacités. A cette fin, ils pourraient se référer avec profit à la publication de l'OMS intitulée

Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000.[1] Etant donné que les valeurs mondiales moyennes des indicateurs sont peu significatives, la surveillance et l'évaluation au niveau mondial reposeront sur les indicateurs ci-après exprimés en fonction du nombre de pays:

Le nombre de pays dans lesquels:

1) *La politique de la santé pour tous a recu la sanction officielle la plus élevée*, par exemple déclaration d'engagement formulée par le chef de l'Etat; allocation de ressources adéquates réparties équitablement; degré élevé de participation de la collectivité; établissement d'un cadre organisationnel et d'un processus gestionnaire appropriés pour le développement sanitaire au niveau national.

2) *Les mécanismes destinés à associer la population à la mise en œuvre des stratégies ont été mis en place ou renforcés, et fonctionnent effectivement*, par exemple mécanismes actifs et efficaces pour permettre à la population d'exprimer ses exigences et ses besoins; participation active de représentants des partis politiques et de groupes organisés tels que les syndicats, les organisations féminines, associations d'agriculteurs et autres associations professionnelles; décentralisation correcte, aux différents échelons administratifs, des organes de décision du secteur sanitaire.

3) *Au moins 5% du produit national brut est consacré à la santé.*

4) *Un pourcentage raisonnable des dépenses nationales de santé est consacré aux soins de santé locaux*, à savoir contacts de premier niveau, y compris les soins de santé communautaires, les soins donnés dans les centres de santé, les soins en dispensaires, etc., mais non compris les hôpitaux. Le pourcentage jugé « raisonnable » sera fixé à l'issue d'études dans les pays.

[1] *Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (Série « Santé pour tous », N° 4).

5) *Les ressources sont équitablement réparties*, en ce sens que les dépenses par habitant ainsi que le personnel et les installations consacrés aux soins de santé primaires sont analogues pour les différents groupes de population ou secteurs géographiques, villes et campagnes par exemple.

6) *Le nombre des pays en développement ayant formulé des stratégies de la santé pour tous bien définies et assorties d'allocations des ressources explicites dont les besoins de ressources extérieurs sont satisfaits de façon suivie par des pays plus riches.*

7) *Les soins de santé primaires sont à la disposition de l'ensemble de la population, avec au minimum :*

— eau saine à domicile ou à 15 minutes de marche, avec mesures d'assainissement suffisantes au domicile ou dans le voisinage immédiat;

— vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose;

— soins de santé locaux, y compris la possibilité de se procurer au moins 20 médicaments essentiels, à une heure de marche ou de voyage;

— personnel qualifié pour les grossesses et les accouchements, et soins aux enfants jusqu'à l'âge d'un an au minimum.

8) *L'état nutritionnel des enfants est satisfaisant en ce sens que :*

— au moins 90% des nouveau-nés ont un poids à la naissance égal ou supérieur à 2,5 kg;

— au moins 90% des enfants ont, par rapport à leur âge, un poids correspondant à des normes basées sur les valeurs de référence de l'annexe 1 du document « *Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la Santé pour tous d'ici l'an 2000* » qui est cité plus haut.

9) *Le taux de mortalité infantile pour tous les sous-groupes identifiables est inférieur à 50 pour 1000 naissances vivantes.*

10) *L'espérance de vie à la naissance est supérieure à 60 ans.*

11) *Le taux d'alphabétisation des adultes hommes et femmes dépasse 70%.*

12) *Le produit national brut par habitant est supérieur à US $500.*

Rapport sur les progrès réalisés et évaluation de l'impact obtenu

7. Etant donné le rôle dévolu à l'OMS, aux termes de l'article 2 de sa Constitution, en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, et l'obligation faite aux Etats Membres de soumettre des rapports à l'OMS conformément aux articles 61 et 62 de sa Constitution, les pays auront recours aux mécanismes de l'OMS pour faire connaître les progrès réalisés et évaluer l'impact de la Stratégie. Les rapports de situation seront examinés tous les deux ans par les comités régionaux. Les examens régionaux seront suivis d'examens mondiaux au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé. Un rapport sur les progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 paraîtra tous les deux ans à partir de 1983. Des évaluations régionales suivies d'évaluations mondiales seront effectuées tous les six ans pour déterminer l'efficacité de la Stratégie.

VIII. Le rôle de l'OMS

1. Comme indiqué à la section VI ci-dessus, l'essentiel du soutien international prendra la forme d'une coopération inter-pays. Il appartient à l'OMS, en vertu du rôle d'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international que lui confère sa Constitution, de favoriser et de soutenir cette coopération puisque l'action internationale de l'Organisation dans le domaine de la santé comprend par essence les fonctions de coordination et de coopération technique qui sont indissociables et se renforcent mutuellement. Cette coopération technique diffère de façon fondamentale de l'assistance technique traditionnelle. Les fonctions précises qui incomberont à l'OMS dans le cadre de la Stratégie seront également déterminées par des résolutions de l'Assemblée de la Santé telles que la résolution WHA23.59 sur les fonctions importantes de l'Organisation, la résolution WHA33.17 sur l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions, et la résolution WHA32.24, ainsi que par la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies, concernant la coordination des activités avec d'autres organisations des Nations Unies en vue d'instaurer la santé pour tous. Ainsi, le rôle de l'OMS consistera à coordonner tous les aspects de la Stratégie et à coopérer avec les Etats Membres, ainsi qu'à faciliter la coopération entre eux au sujet de la Stratégie. En particulier, l'OMS se mettra à la disposition des Etats Membres pour faciliter la coopération technique et la coopération économique entre pays en développement.

Les programmes généraux de travail de l'OMS

2. Pour que l'Organisation puisse mener son action sanitaire internationale dans cet esprit, ses programmes généraux de travail seront formulés de façon à promouvoir, coordonner et soutenir les efforts déployés individuellement et collectivement par les pays du monde pour mettre en œuvre avec succès la Stratégie de la santé pour tous. Ces programmes porteront sur les problèmes que l'OMS

doit traiter en priorité et sur les grandes lignes de cette action, dans le secteur de la santé ainsi que dans d'autres secteurs concernés dans la mesure où l'OMS peut exercer sur eux une influence.

Structures de l'OMS eu égard à ses fonctions

3. A cette fin, l'Organisation continuera d'être restructurée aux niveaux national, régional et mondial pour permettre à ses comités régionaux, au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé, ainsi qu'au Secrétariat, de s'acquitter des responsabilités qui leur incombent aux termes de la résolution WHA33.17 sur l'étude des structures de l'OMS eu égard à ses fonctions.

Promotion et coordination

4. C'est l'Assemblée mondiale de la Santé qui a mis en route l'élaboration de la Stratégie et c'est à elle qu'incombera la responsabilité générale de l'approuver, de surveiller sa mise en œuvre et de l'évaluer. Les stratégies régionales, dont la Stratégie mondiale constitue la synthèse, et qui sont elles-mêmes les synthèses des stratégies nationales, ont été approuvées par les comités régionaux; c'est à ces derniers qu'il appartiendra d'en surveiller la mise en œuvre, de les évaluer et d'en assurer la mise à jour le cas échéant.

5. L'Assemblée de la Santé et les comités régionaux s'emploieront activement à promouvoir la Stratégie au niveau politique le plus élevé dans les pays, dans les groupements géopolitiques de pays, au sein du système des Nations Unies, dans les organisations internationales non gouvernementales et bénévoles, et dans les médias. L'Assemblée de la Santé s'attachera tout particulièrement à suivre la résolution 34/58 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la santé en tant que partie intégrante du développement.

6. L'OMS jouera un rôle de premier plan pour assurer le soutien économique de la Stratégie au niveau international en convainquant les banques internationales, les organismes de financement et les institutions multilatérales et bilatérales d'adopter une politique très ferme d'octroi de subventions et de prêts en faveur de la Stratégie.

7. L'OMS jouera également un rôle de premier plan dans l'action entreprise au niveau international pour amener les groupements professionnels à soutenir la Stratégie, par l'intermédiaire des organisations non gouvernementales et des institutions spécialisées des Nations Unies.

8. L'OMS utilisera l'information comme un instrument opérationnel pour mobiliser en faveur de la Stratégie l'appui généralisé des populations du monde entier dans tous les domaines d'activité.

9. Au nom de ses Etats Membres, l'Organisation coopérera avec d'autres institutions intergouvernementales en vue de soutenir la nouvelle Stratégie internationale de développement grâce à la Stratégie mondiale de la santé pour tous et, par là même, elle contribuera au nouvel ordre économique international.

CTPD

10. L'OMS renforcera sa capacité de promotion de la CTPD en réorientant en conséquence ses activités de programme et en mettant en place tous les mécanismes nécessaires dans le cadre de sa restructuration. Cela comprendra la coopération entre pays en développement, entre pays développés, et entre pays développés et pays en développement. L'Organisation créera les mécanismes permettant d'assurer en temps opportun des échanges d'informations appropriés entre les pays intéressés par la possibilité de développer entre eux la coopération technique. Elle participera également aux efforts déployés conjointement avec d'autres organisations internationales, à l'intérieur et à l'extérieur du système des Nations Unies, pour fournir aux pays des informations pouvant déboucher sur la CTPD et pour leur apporter le soutien technique et gestionnaire nécessaire au succès de cette coopération. Le financement des activités de la CTPD incombera principalement aux pays eux-mêmes, mais l'OMS les aidera à obtenir à cette fin un appui financier extérieur selon les besoins.

Information technique

11. L'OMS fera fonction de centre d'échange international pour la vérification et la diffusion des informations techniques sur les sujets suivants:

1) Développement des infrastructures sanitaires et des processus gestionnaires connexes, ainsi que de la recherche sur les systèmes de santé.

2) Prestation des soins de santé primaires avec l'appui des autres éléments du système de santé.

3) Sélection, mise au point et production d'une technologie appropriée pour la santé.

4) Contrôle social des systèmes de santé, ainsi que des sciences et de la technologie de la santé.

5) Action intersectorielle pour la santé.

Recherche et développement

12. L'OMS aidera les pays à renforcer leur capacité d'organiser et de conduire, en vue de la mise en œuvre de leur stratégie, des actions de recherche biomédicale, de recherche psycho-sociale et de recherche sur les systèmes de santé. Les Comités consultatifs OMS mondial et régionaux de la Recherche médicale, ainsi que les programmes de recherche spéciaux de l'Organisation, seront les principaux instruments de la promotion et de la coordination de l'action internationale de recherche et de développement nécessaires pour une mise en œuvre satisfaisante de la Stratégie.

Gestion

13. L'OMS jouera au niveau mondial le rôle de point focal pour aider les pays à développer leur processus gestionnaire pour le développement sanitaire au niveau national et à l'appliquer en vue de mettre en œuvre leur stratégie. Les activités de l'Organisation comprendront les éléments suivants:

1) préparation et large diffusion des principes directeurs et du matériel de formation pour le processus gestionnaire;

2) coopération avec les pays, à leur demande, en vue de développer, d'appliquer et de dispenser une formation appropriée au processus de gestion, notamment pour la formation des formateurs et autres hauts fonctionnaires de la santé publique;

3) mobilisation internationale des ressources pour renforcer les infrastructures institutionnelles nationales qui s'emploient à déve-

lopper, appliquer et dispenser une formation au processus gestionnaire.

Formation

14. A l'appui de la Stratégie, l'OMS fera porter ses efforts sur les éléments suivants en ce qui concerne la formation:

1) formation des formateurs;

2) création ou refonte d'établissements de formation dans les pays en développement;

3) coopération avec les pays développés en vue de restructurer selon les besoins leurs écoles de santé publique et autres établissements de formation connexes.

Coordination dans le secteur de la santé

15. L'OMS aura la responsabilité de renforcer la coordination dans le secteur de la santé au niveau international en vue de son renforcement au niveau national. A cette fin, l'Organisation adressera des propositions concrètes d'action coordonnée à un certain nombre d'organisations internationales, gouvernementales, non gouvernementales et bénévoles.

Promotion de l'action intersectorielle

16. Au niveau international, l'OMS s'emploiera à promouvoir l'action intersectorielle en vue de soutenir une telle approche au niveau national, selon les modalités ci-après:

1) création de conseils consultatifs intersectoriels internationaux pour le développement sanitaire;

2) mise en place de mécanismes bilatéraux et multilatéraux entre l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres éléments du système des Nations Unies, à savoir:

— Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE): organisation de la collectivité; formation à la formulation des stratégies de santé; recherche intersectorielle sur les systèmes de santé; fourniture de médicaments essentiels, de vaccins et de matériel pour la chaîne de froid aux pays en voie de développement à faible revenu; toutes activités intéressant plus particulièrement la santé des enfants;

— Banque mondiale, Banques régionales de Développement et Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD): inclusion dans les projets de développement économique d'éléments destinés à promouvoir et à sauvegarder la santé;

— Commissions économiques régionales: inclusion dans les projets régionaux de développement économique d'éléments destinés à promouvoir et à sauvegarder la santé;

— Organisation des Nations Unies, FISE, PNUD, Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), Organisation internationale du Travail (OIT), Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) et Banque mondiale: appui coordonné à la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement;

— FAO et Programme alimentaire mondial (PAM): politiques d'alimentation et de nutrition et aliments d'appoint;

— UNESCO: utilisation d'informations sur la santé dans ses programmes d'alphabétisation, et mesures destinées à faciliter l'accès aux médias internationaux;

— Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP): planification familiale et autres aspects de la santé maternelle et infantile;

— PNUE: protection de l'environnement;

— Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel (ONUDI): production de médicaments et de vaccins;

3) exécution en commun, par les organisations non gouvernementales œuvrant dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs, d'activités portant sur des problèmes intersectoriels prioritaires relatifs à la Stratégie.

Production et mobilisation des ressources

17. L'OMS se servira de son budget ordinaire et des activités de son programme comme « rampe de lancement » pour promouvoir la production et la mobilisation de ressources en faveur de la santé

dans les pays, ainsi que le transfert de telles ressources des pays développés vers les pays en développement.

18. Pour mobiliser les *ressources humaines*, l'OMS:

1) engagera une coopération technique avec ses Etats Membres et encouragera une telle coopération parmi ceux-ci, afin de garantir au maximum la mobilisation et le déploiement des ressources humaines en faveur de la santé;

2) organisera la collecte et l'utilisation internationale des informations concernant les personnes et les groupes susceptibles d'apporter un soutien à la Stratégie;

3) prendra l'initiative pour obtenir la participation d'organisations internationales non gouvernementales et bénévoles;

4) s'emploiera à promouvoir le dialogue entre pays en développement et pays développés en vue d'empêcher l'exode des personnels de santé.

19. Pour mobiliser les *ressources financières*, l'Organisation:

1) assurera l'échange d'informations sur les différents moyens de financer les systèmes de santé;

2) estimera l'ordre de grandeur des besoins financiers pour la Stratégie;

3) entreprendra des activités de promotion, de développement de la méthodologie et de soutien pour des études coût/avantages et coût/efficacité sur les systèmes de santé et sur la technologie de la santé;

4) aidera les pays en développement qui le lui demandent à préparer des propositions de financement extérieur pour la santé;

5) utilisera les mécanismes dont elle dispose pour recenser les besoins et les ressources correspondantes;

6) coordonnera l'action du groupe mondial de ressources pour la santé pour tous où seront représentés les pays, des institutions intergouvernementales, bilatérales et multilatérales et des fondations travaillant ensemble en vue de rationaliser le transfert des

ressources pour l'instauration de la santé pour tous et de mobiliser des fonds supplémentaires le cas échéant.

Programmes mondiaux concernant les éléments essentiels des soins de santé primaires

20. L'OMS conduira des programmes mondiaux pour promouvoir et soutenir les éléments essentiels des soins de santé primaires dans les pays en définissant et en mettant en œuvre une technologie appropriée et en fournissant des principes directeurs et un matériel de formation pour son application dans les meilleures conditions d'efficience par l'intermédiaire des infrastructures sanitaires. Une attention particulière sera accordée aux secteurs hautement prioritaires pour la mise en œuvre de la Stratégie qui ont été négligés jusqu'à présent au niveau international.

Action aux niveaux national, régional et mondial

21. L'action au *niveau national* consistera:

1) à assurer, à la demande, une coopération technique directe pour soutenir la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies nationales;

2) à assurer la diffusion des informations pertinentes auprès des ministères de la santé et d'autres ministères et organismes concernés;

3) à collaborer avec les autres institutions des Nations Unies opérant dans le pays en vue d'appuyer les efforts nationaux de développement socio-économique dans le cadre de la stratégie nationale.

22. L'action au *niveau régional* consistera:

1) à obtenir un appui politique au plus haut niveau dans la région;

2) à assurer la coordination au niveau régional de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation de la stratégie régionale;

3) à promouvoir une action intersectorielle régionale à l'appui de la stratégie;

4) à assurer l'échange d'informations entre les pays sur les stratégies nationales et régionales;

5) à faciliter la coopération technique entre les pays;

6) à organiser la coopération technique entre l'OMS et ses Etats Membres;

7) à soutenir les efforts de recherche et de développement entrepris par les pays à l'égard de leur stratégie et coordonner les efforts régionaux de recherche et de développement en rapport avec la stratégie régionale;

8) à fournir un soutien pour la formation;

9) à recenser les ressources nécessaires et les sources extérieures qui pourraient éventuellement les fournir.

23. L'action au *niveau mondial* consistera:

1) à promouvoir à l'échelle mondiale l'appui politique au niveau le plus élevé en faveur de la Stratégie;

2) à assurer la coordination mondiale de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation de la Stratégie;

3) à mobiliser les organisations internationales non gouvernementales et bénévoles du secteur de la santé et des secteurs apparentés pour qu'elles exécutent des tâches précises en vue de la mise en œuvre de la Stratégie;

4) à rechercher à l'échelle mondiale le soutien d'autres secteurs par l'intermédiaire des institutions des Nations Unies, ainsi que d'autres organisations intergouvernementales, non gouvernementales ou bénévoles;

5) à assurer la coopération interrégionale;

6) à recenser, produire et diffuser des informations valables sur les systèmes de santé et la technologie de la santé;

7) à promouvoir et coordonner à l'échelle mondiale la recherche et le développement en fonction de la Stratégie;

8) à organiser des programmes mondiaux à l'appui de la Stratégie;

9) à définir des principes directeurs pour les questions techniques et gestionnaires en fonction des expériences nationales, et à élaborer le matériel de formation correspondant;

10) à coordonner à l'échelle mondiale le transfert international des ressources en faveur de la Stratégie.

Secrétariat de l'OMS

24. Les fonctionnaires de l'OMS en poste dans les pays, dans les bureaux régionaux et au Siège accorderont la priorité absolue aux tâches nécessaires à la mise en œuvre de la Stratégie.

Le Directeur général de l'OMS

25. Le Directeur général de l'OMS, qui, aux termes de la Constitution, est le plus haut fonctionnaire technique et administratif de l'Organisation, placé sous l'autorité du Conseil exécutif, veillera à ce que le Secrétariat, à tous les niveaux d'exécution, fournisse l'appui nécessaire aux pays, aux comités régionaux, au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé pour la mise en œuvre des stratégies nationales, régionales et mondiale. Le Directeur général veillera aussi à ce que le Secrétariat contribue efficacement à l'application des résolutions et décisions des comités régionaux, du Conseil et de l'Assemblée de la Santé concernant les stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et exécute correctement les aspects des stratégies nationales, régionales et mondiale qui lui sont confiés par ces organes.

IX. Conclusion

1. Du point de vue de la situation socio-économique et sanitaire, les perspectives qui s'ouvrent pour l'exécution de la Stratégie ne sont guère encourageantes. Pourtant, les politiques de santé et les politiques socio-économiques connexes axées sur l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 ont été clairement définies. Les modalités d'application de ces politiques aux niveaux national et international ont été décrites: elles consistent à promouvoir le développement de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et sur une action plurisectorielle connexe. Des objectifs quantifiés ont été déterminés à titre d'exemples. Si les responsables mondiaux dans les domaines politique, socio-économique et sanitaire obtiennent des informations correctes et en tiennent compte, il y a tout lieu de croire que la coopération inter-pays requise aux fins de la Stratégie aura bien lieu et qu'il sera possible de produire et de mobiliser les ressources nécessaires.

2. Non seulement la Stratégie contribuera au développement sanitaire dans le monde entier mais, de plus, elle favorisera et utilisera en même temps la Stratégie internationale de Développement pour la Troisième Décennie pour le Développement et contribuera ainsi à l'instauration du Nouvel Ordre économique international. Malgré la gravité des problèmes qui se posent et la complexité des mesures qu'appelle leur solution, il est sans nul doute permis d'espérer que la Stratégie peut effectivement être mise en œuvre et que sa réussite marquera une étape décisive dans l'histoire sociale de l'humanité.

3. Pour assurer la mise en œuvre de la Stratégie, l'action doit succéder aux discussions. A cette fin, il est nécessaire d'établir un plan d'action comprenant les mesures à prendre aux niveaux national, régional et mondial, non seulement dans le secteur de la santé, mais

aussi dans les autres secteurs concernés. On voit dès lors combien il importe d'obtenir le concours du Conseil économique et social des Nations Unies et, ultérieurement, de l'Assemblée générale. Compte tenu de ces considérations, la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, en tant qu'organe suprême de l'Organisation mondiale de la Santé représentant tous ses Etats Membres, a prié en mai 1981 le Conseil exécutif de l'OMS d'établir sans tarder le projet d'un plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie qui sera examiné par les comités régionaux de l'OMS à leurs sessions de 1981, arrêté sous une forme définitive par le Conseil en janvier 1982 et présenté à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1982.

* * *

Les publications de l'OMS peuvent être commandées, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un libraire, aux adresses suivantes:

AFRIQUE DU SUD	Van Schaik's Bookstore (Pty) Ltd, P.O. Box 724, Church Street 268, PRETORIA 0001.
ALGÉRIE	Société Nationale d'Edition et de Diffusion, 3 bd Zirout Youcef, ALGER.
ALLEMAGNE, RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'	Govi-Verlag GmbH, Ginnheimerstrasse 20, Postfach 5360, 6236 ESCHBORN — W. E. Saarbach, Postfach 101 610, Follerstrasse 2, 5000 COLOGNE 1 — Alex. Horn, Spiegelgasse 9, Postfach 3340, 6200 WIESBADEN.
ARGENTINE	Carlos Hirsch SRL, Florida 165, Galerias Güemes, Escritorio 453/465, BUENOS AIRES.
AUSTRALIE	*Mail Order Sales:* Australian Government Publishing Service, P.O. Box 84, CANBERRA A.C.T. 2600; *or over the counter from* Australian Government Publishing Service Bookshops *at*: 70 Alinga Street, CANBERRA CITY A.C.T. 2600; 294 Adelaide Street, BRISBANE, Queensland 4000; 347 Swanston Street, MELBOURNE VIC 3000; 309 Pitt Street, SYDNEY N.S.W. 2000; Mt Newman House, 200 St. George's Terrace, PERTH WA 6000; Industry House, 12 Pirie Street, ADELAIDE SA 5000; 156–162 Macquarie Street, HOBART TAS 7000 — Hunter Publications, 58A Gipps Street, COLLINGWOOD VIC 3066 — R. Hill & Son Ltd., 608 St. Kilda Road, MELBOURNE, VIC 3004; Lawson House, 10–12 Clark Street, CROW'S NEST, NSW 2065.
AUTRICHE	Gerold & Co., Graben 31, 1011 VIENNE I.
BANGLADESH	Coordonnateur des Programmes OMS, G.P.O. Box 250, DACCA 5 — The Association of Voluntary Agencies, P.O. Box 5045, DACCA 5.
BELGIQUE	Office international de Librairie, 30 avenue Marnix, 1050 BRUXELLES — *Abonnements à Santé du Monde seulement*: Jean de Lannoy, 202 avenue du Roi, 1060 BRUXELLES.
BIRMANIE	*voir* Inde, Bureau régional de l'OMS.
BRÉSIL	Biblioteca Regional de Medicina OMS/OPS, Unidade de Venda de Publicações, Caixa Postal 20.381, Vila Clementino, 04023 SÃO PAULO, S.P.
CANADA	*Pour toute commande hors abonnement:* Association canadienne d'Hygiène publique, 1335 Carling Avenue, Suite 210, OTTAWA, Ontario K1Z 8N8. *Abonnements: Les demandes d'abonnement, accompagnées d'un chèque au nom de la* Banque Royale du Canada, Ottawa, compte Organisation mondiale de la Santé, *doivent être envoyées à l'*Organisation mondiale de la Santé, P.O. Box 1800, Postal Station B, OTTAWA, Ont. K1P 5R5. *La correspondance concernant les abonnements doit être adressée à l'*Organisation mondiale de la Santé, Distribution et Vente, 1211 GENÈVE 27, Suisse.
CHINE	China National Publications Import Corporation, P.O. Box 88, BEIJING (PEKING).
CHYPRE	Publishers' Distributors Cyprus, 30 Democratias Ave Ayios Dhometious, P.O. Box 4165, NICOSIA.
COLOMBIE	Distrilibros Ltd., Pío Alfonso García, Carrera 4a, Nos 36–119, CARTHAGÈNE.
DANEMARK	Munksgaard Export and Subscription Service, Nørre Søgade 35, 1370 COPENHAGUE K.
ÉGYPTE	Osiris Office for Books and Reviews, 50 Kasr El Nil Street, LE CAIRE.
EL SALVADOR	Libreria Estudiantil, Edificio Comercial B No 3, Avenida Libertad, SAN SALVADOR.
ÉQUATEUR	Libreria Científica S.A., P.O. Box 362, Luque 223, GUAYAQUIL.
ESPAGNE	Comercial Atheneum S.A., Consejo de Ciento 130–136, BARCELONE 15; General Moscardó 29, MADRID 20 — Libreria Díaz de Santos, Lagasca 95 y Maldonado 6, MADRID 6; Balmes 417 y 419, BARCELONE 22.
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE	*Pour toute commande hors abonnement:* WHO Publications Centre USA, 49 Sheridan Avenue, ALBANY, N.Y. 12210. *Abonnements: Les demandes d'abonnement, accompagnées d'un chèque au nom de* Chemical Bank, New York, Account World Health Organization, *doivent être envoyées à* World Health Organization, P.O. Box 5284, Church Street Station, NEW YORK, N.Y. 10249. *La correspondance concernant les abonnements doit être adressée à l'*Organisation mondiale de la Santé, Distribution et Vente, 1211 GENÈVE 27, Suisse. *Les publications sont également disponibles auprès de* United Nations Bookshop, NEW YORK, N.Y. 10017 *(vente au détail seulement).*
FIDJI	Coordonnateur des Programmes OMS, P.O. Box 113, SUVA.
FINLANDE	Akateeminen Kirjakauppa, Keskuskatu 2, 00101 HELSINKI 10.
FRANCE	Librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 75006 PARIS.
GHANA	Fides Enterprises, P.O. Box 1628, ACCRA.
GRÈCE	G. C. Eleftheroudakis S.A., Librairie internationale, rue Nikis 4, ATHÈNES (T. 126).
HAÏTI	Max Bouchereau, Librairie «A la Caravelle», Boite postale 111-B, PORT-AU-PRINCE.
HONG KONG	Hong Kong Government Information Services, Beaconsfield House, 6th Floor, Queen's Road, Central, VICTORIA.
HONGRIE	Kultura, P.O.B. 149, BUDAPEST 62 — Akadémiai Könyvesbolt, Váci utca 22, BUDAPEST V.
INDE	Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Ring Road, NEW DELHI 110002 — Oxford Book & Stationery Co., Scindia House, NEW DELHI 110001; 17 Park Street, CALCUTTA 700016 (*Sous-agent*).
INDONÉSIE	M/s Kalman Book Service Ltd., Kwitang Raya No. 11, P.O. Box 3105/Jkt, DJAKARTA.
IRAN	Iranian Amalgamated Distribution Agency, 151 Khiaban Soraya, TÉHÉRAN.
IRAQ	Ministry of Information, National House for Publishing, Distributing and Advertising, BAGDAD.
IRLANDE	The Stationery Office, DUBLIN 4.
ISLANDE	Snaebjørn Jonsson & Co., P.O. Box 1131, Hafnarstraeti 9, REYKJAVIK.
ISRAËL	Heiliger & Co., 3 Nathan Strauss Street, JÉRUSALEM.
ITALIE	Edizioni Minerva Medica, Corso Bramante 83–85, 10126 TURIN; Via Lamarmora 3, 20100 MILAN.
JAPON	Maruzen Co. Ltd., P.O. Box 5050, TOKYO International, 100–31.
KOWEÏT	The Kuwait Bookshops Co. Ltd., Thunayan Al-Ghanem Bldg, P.O. Box 2942, KOWEÏT.
LIBAN	The Levant Distributors Co. S.A.R.L., Box 1181, Makdassi Street, Hanna Bldg, BEYROUTH.
LUXEMBOURG	Librairie du Centre, 49 bd Royal, LUXEMBOURG.

Les publications de l'OMS peuvent être commandées, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un libraire, aux adresses suivantes:

MALAISIE	Coordonnateur des Programmes OMS, Room 1004, Fitzpatrick Building, Jalan Raja Chulan, KUALA LUMPUR 05–02 — Jubilee (Book) Store Ltd, 97 Jalan Tuanku Abdul Rhaman, P.O. Box 629, KUALA LUMPUR 01–08 — Parry's Book Center, K. L. Hilton Hotel, Jln. Treacher, P.O. Box 960, KUALA LUMPUR.
MALAWI	Malawi Book Service, P.O. Box 30044, Chichiti, BLANTYRE 3.
MAROC	Editions La Porte, 281 avenue Mohammed V, RABAT.
MEXIQUE	La Prensa Médica Mexicana, Ediciones Científicas, Paseo de las Facultades 26, Apt. Postal 20–413, MEXICO 20, D.F.
MONGOLIE	*voir* Inde, Bureau régional de l'OMS.
MOZAMBIQUE	INLD, Caixa Postal 4030, MAPUTO.
NÉPAL	*voir* Inde, Bureau régional de l'OMS.
NIGÉRIA	University Bookshop Nigeria Ltd, University of Ibadan, IBADAN.
NORVÈGE	J. G. Tanum, A/S, P.O. Box 1177 Sentrum, OSLO 1.
NOUVELLE-ZÉLANDE	Government Printing Office, Publications Section, Mulgrave Street, Private Bag, WELLINGTON 1; Walter Street, WELLINGTON; World Trade Building, Cubacade, Cuba Street, WELLINGTON. *Government Bookshops at:* Hannaford Burton Building, Rutland Street, Private Bag, AUCKLAND; 159 Hereford Street, Private Bag, CHRISTCHURCH; Alexandra Street, P.O. Box 857, HAMILTON; T & G Building, Princes Street, P.O. Box 1104, DUNEDIN — R. Hill & Son Ltd, Ideal House, Cnr Gillies Avenue & Eden Street, Newmarket, AUCKLAND 1.
PAKISTAN	Mirza Book Agency, 65 Shahrah-E-Quaid-E-Azam, P.O. Box 729, LAHORE 3.
PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE	Coordonnateur des Programmes OMS, P.O. Box 5896, BOROKO.
PAYS-BAS	Medical Books Europe BV, Noorderwal 38, 7241 BL LOCHEM.
PHILIPPINES	Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, P.O. Box 2932, MANILLE — The Modern Book Company Inc., P.O. Box 632, 922 Rizal Avenue, MANILLE 2800.
POLOGNE	Składnica Księgarska, ul Mazowiecka 9, 00052 VARSOVIE *(sauf périodiques)* — BKWZ Ruch, ul Wronia 23, 00840 VARSOVIE *(périodiques seulement).*
PORTUGAL	Livraria Rodriguez, 186 Rua do Ouro, LISBONNE 2.
RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE	M. Farras Kekhia, P.O. Box No. 5221, ALEP.
RÉPUBLIQUE DE CORÉE	Coordonnateur des Programmes OMS, Central P.O. Box 540, SÉOUL.
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE ALLEMANDE	Buchhaus Leipzig, Postfach 140, 701 LEIPZIG.
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO	Coordonnateur des Programmes OMS, P.O. Box 343, VIENTIANE.
ROYAUME-UNI	H.M. Stationery Office: 49 High Holborn, LONDRES WC1V 6HB; 13a Castle Street, EDIMBOURG EH2 3AR; 41 The Hayes, CARDIFF CF1 1JW; 80 Chichester Street, BELFAST BT1 4JY; Brazennose Street, MANCHESTER M60 8AS; 258 Broad Street, BIRMINGHAM B1 2HE; Southey House, Wine Street, BRISTOL BS1 2BQ. *Toutes les commandes postales doivent être adressées de la façon suivante:* P.O. Box 569, LONDRES SE1 9NH.
SIERRA LEONE	Njala University College Bookshop (University of Sierra Leone), Private Mail Bag, FREETOWN.
SINGAPOUR	Coordonnateur des Programmes OMS, 144 Moulmein Road, G.P.O. Box 3457, SINGAPOUR 1 — Select Books (Pte) Ltd, 215 Tanglin Shopping Centre, 2/F, 19 Tanglin Road, SINGAPOUR 10.
SRI LANKA	*voir* Inde, Bureau régional de l'OMS.
SUÈDE	Aktiebolaget C.E. Fritzes Kungl. Hovbokhandel, Regeringsgatan 12, 103 27 STOCKHOLM.
SUISSE	Medizinischer Verlag Hans Huber, Länggass Strasse 76, 3012 BERNE 9.
TCHÉCO-SLOVAQUIE	Artia, Ve Smeckach 30, 111 27 PRAGUE 1.
THAÏLANDE	*voir* Inde, Bureau régional de l'OMS.
TUNISIE	Société Tunisienne de Diffusion, 5 avenue de Carthage, TUNIS.
TURQUIE	Haset Kitapevi, 469 Istiklal Caddesi, Beyoglu, ISTANBUL.
URSS	*Pour les lecteurs d'URSS qui désirent les éditions russes:* Komsomolskij prospect 18, Medicinskaja Kniga, MOSCOU — *Pour les lecteurs hors d'URSS qui désirent les éditions russes:* Kuzneckij most 18, Meždunarodnaja Kniga, MOSCOU G-200.
VENEZUELA	Editorial Interamericana de Venezuela C.A., Apartado 50.785, CARACAS 105 — Librería del Este, Aptdo 60.337, CARACAS 106 — Librería Médica Paris, Apartado 60.681, CARACAS 106.
YOUGOSLAVIE	Jugoslovenska Knjiga, Terazije 27/II, 11000 BELGRADE.
ZAÏRE	Librairie universitaire, avenue de la Paix N° 167, B.P. 1682, KINSHASA I.

Des conditions spéciales sont consenties pour les pays en développement sur demande adressée aux Coordonnateurs des Programmes OMS ou aux Bureaux régionaux de l'OMS énumérés ci-dessus ou bien à l'Organisation mondiale de la Santé, Service de Distribution et de Vente, 1211 Genève 27, Suisse. Dans les pays où un dépositaire n'a pas encore été désigné, les commandes peuvent être adressées également à Genève, mais le paiement doit alors être effectué en francs suisses, en livres sterling ou en dollars des Etats-Unis.

Prix: Fr. s. 8.—

Prix sujets à modification sans préavis.