



Conseil consultatif régional pour le développement sanitaire

Copenhague, 31 mars - 2 avril 1981

ICP/GPD 003(2)/7
4484B

9 mars 1981

ORIGINAL : ANGLAIS

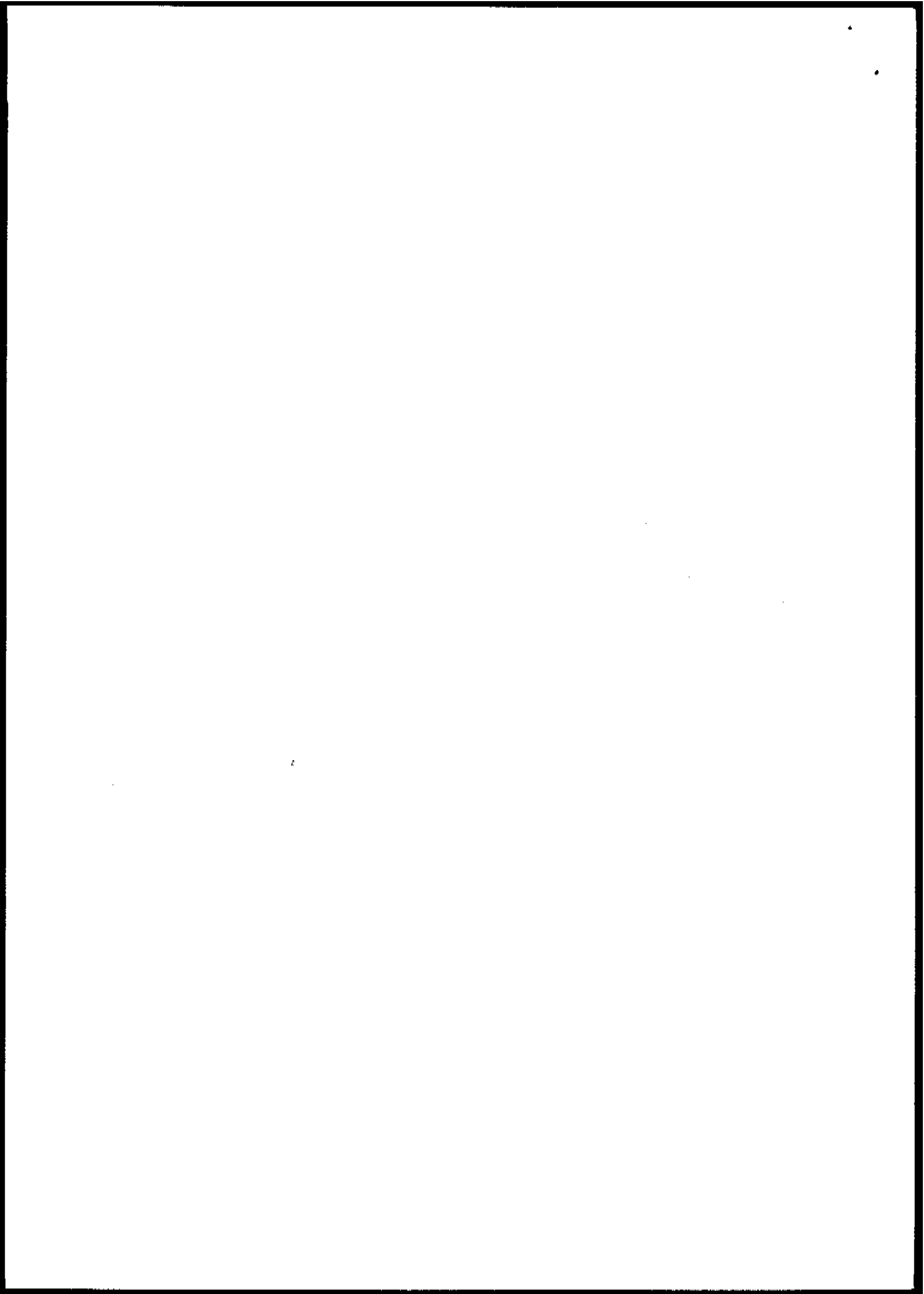
DEVELOPPEMENT ULTERIEUR DE LA STRATEGIE REGIONALE
EN VUE DE LA REALISATION DES OBJECTIFS REGIONAUX

Le document ci-après constitue le rapport de la Réunion de Planification en vue de la session du Conseil consultatif régional pour le Développement sanitaire (CCRDS), qui a eu lieu à Copenhague les 2 et 3 mars 1981. Le but était d'établir, à l'intention du CCRDS, un document de base analysant l'évolution de la stratégie européenne pour la réalisation des objectifs régionaux, dans le cadre de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le groupe a identifié la méthodologie analytique pour l'élaboration technique des objectifs régionaux; examiné le regroupement des diverses questions dans le cadre de la stratégie régionale, afin de fixer les objectifs; proposé des mécanismes possibles de formulation de ces objectifs; établi un plan de travail; et discuté des principes et de la faisabilité d'une charte éventuelle de la santé en Europe.

Il a également formulé des recommandations concernant l'époque à laquelle le document relatif à la stratégie régionale devait être révisé de façon à comprendre les objectifs régionaux.





WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Réunion de planification en vue du Conseil consultatif
régional pour le développement sanitaire

EUR/EXM 81.1
4484B

Copenhague, 2-3 mars 1981

Rapport d'une réunion de planification

Copenhague
2-3 mars 1981

ICP/GPD 003
ORIGINAL : ANGLAIS

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. Introduction	1
2. Généralités	1
3. Calendrier pour l'élaboration d'une deuxième version de la stratégie européenne en vue de l'objectif "Santé 2000"	2
4. Principes généraux et considérations d'ensemble.	2
5. Document relatif aux objectifs régionaux - méthodologie	3
5.1 Caractéristiques souhaitables des objectifs	3
5.2 Démarche à suivre pour définir les objectifs	3
6. Regroupage des questions pour la fixation des objectifs	4
6.1 Promotion de modes de vie favorables à la santé	4
6.2 Prévention de certains états ou de certaines affections	5
6.3 Fourniture de soins de santé convenables et accessibles à tous	6
7. Mesures de soutien	7
7.1 soutien politique	7
7.2 Soutien administratif	7
7.3 Soutien technique	7
7.4 Soutien financier	7
7.5 Recherche	7
7.6 Ressources humaines	7
8. Mécanismes et plan de travail	7
8.1 Mécanismes	7
8.2 Plan de travail	8
9. Charte sanitaire possible pour la Région européenne	8
10. Recommandations	8
Annexe I Ordre du jour	9
Annexe II Liste des participants	10

1. Introduction

La réunion de planification en vue de la session du Conseil consultatif régional pour le Développement sanitaire (CCRDS) a été ouverte par le Dr Leo A. Kaprio, Directeur régional, le 2 mars 1981, au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague. La liste des participants est reproduite en annexe (Annexe II). Le Dr J.H. Hellberg a été élu Président et le Dr D.M. Pendreigh, Rapporteur. L'ordre du jour de la réunion est également annexé au présent document (Annexe I).

Cette réunion de planification avait pour but d'élaborer un document de travail de base à l'intention du CCRDS. L'objectif premier de ce document était d'analyser la façon dont la stratégie régionale pour la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (voir document EUR/RC30/8) pouvait être élargie de manière à inclure une stratégie régionale précise visant à résoudre les problèmes de santé, ou relatifs à la santé, exposés dans le document EUR/RC30/8. Ce document de travail devait en particulier :

- a) identifier la méthodologie analytique nécessaire pour l'élaboration technique d'un document sur les objectifs régionaux, en étudiant notamment la question de l'information de base nécessaire pour étudier les problèmes et en recherchant les moyens d'identifier les obstacles éventuels à la stratégie régionale en vue de l'objectif "Santé 2000" (EUR/RC30/8 Rev.1);
- b) formuler des propositions concernant la façon de subdiviser les nombreux domaines traités dans le document relatif à la stratégie régionale afin de pouvoir procéder aux examens techniques susmentionnés, ainsi que la meilleure façon d'organiser ces examens techniques;
- c) examiner certains principes de base en vue de l'élaboration éventuelle d'un charte sanitaire européenne.

2. Généralités

Les participants ont examiné les faits nouveaux survenus dans le développement de la stratégie régionale depuis la réunion du Groupe de planification du CCRDS, en février 1980. Ce groupe avait émis des propositions (document EUR/EXM/80.1) qui ont été approuvées par le CCRDS en mars 1980 (document EUR/EXM/80.2) et qui ont été également publiées sous forme d'Annexe III au document concernant la stratégie régionale (EUR/RC30/8). Compte tenu des recommandations du CCRDS et des réponses données par 25 pays à un questionnaire sur les stratégies nationales, un groupe de rédaction a élaboré le document EUR/RC30/8 qui a été examiné par le Comité régional, à sa trentième session, à Fès, au mois d'octobre 1980. Ce document a été accueilli avec satisfaction par le Comité qui a chargé un groupe de travail d'analyser plus en détail la stratégie. L'une des principales recommandations de ce groupe concernait l'élaboration des objectifs régionaux. D'autres recommandations portaient sur l'attention à accorder aux problèmes particuliers de certains groupes de pays et sur l'adjonction de l'importante question de la pauvreté et de la santé au chapitre traitant de la prévention de certaines maladies, des composants régionaux du septième Programme général de travail et des critères de sélection du programme, ainsi que des avantages d'un système de planification continue. Les discussions ont abouti à l'adoption de la résolution EUR/RC30/88.

A la suite de l'adoption de cette résolution, plusieurs activités ont été entreprises par le Comité régional afin d'examiner les questions posées en vue de mettre en oeuvre et d'actualiser la stratégie. Un groupe de travail sur l'utilisation des indicateurs sanitaires (Bruxelles, novembre 1980) s'est efforcé d'affiner la liste proposée d'indicateurs de base. Une consultation sur la contribution de la sociologie à l'élaboration du programme (Copenhague, novembre 1980) a étudié l'apport possible de la sociologie au processus de planification, dans le cadre de la stratégie régionale. Une consultation sur l'auto-assistance et la santé (Copenhague, décembre 1980) a permis d'évoquer la question de l'aide réciproque, de l'auto-assistance et de l'autonomie, ainsi que les résultats attendus du programme du Bureau régional dans ce domaine.

Parallèlement, le Bureau régional a contribué à l'élaboration du septième Programme général de travail pour 1984-1989. En se fondant sur les propositions formulées par tous les services du Bureau, un groupe de caractère interne a rédigé un avant-projet de contribution de la Région européenne au septième Programme général de travail, qui sera soumis au CCRDS et qui servira de contribution régionale au Programme général de travail, après avoir été étudié par le Comité régional à sa trente et unième session.

3. Calendrier pour l'élaboration d'une deuxième version de la stratégie européenne en vue de l'objectif "Santé 2000"

L'étape suivante en ce qui concerne la stratégie régionale consistait à mettre au point des procédures permettant de définir les questions et les problèmes posés et d'identifier les objectifs régionaux en rapport avec ces questions, afin de les présenter au CCRDS et au Comité régional en septembre 1981. En raison du gros travail que cela suppose et du soin avec lequel ce travail devra être exécuté, les participants ont estimé qu'il ne serait pas possible de présenter une version détaillée des "objectifs régionaux de la stratégie" en vue de l'objectif "Santé 2000" avant la trente deuxième session du Comité régional, en 1982; mais un rapport sur l'état d'avancement des travaux pourrait être présenté en 1981.^a

4. Principes généraux et considérations d'ensemble

Il a été admis que, sans être similaires, les objectifs et les indicateurs étaient étroitement liés : un objectif est une situation attendue à un moment précis; un indicateur est une variable permettant de mesurer les progrès accomplis sur la voie de la réalisation de cette situation.

Avant de passer à un examen plus détaillé des méthodes d'identification des objectifs appropriés, les participants sont convenus de ce qui suit :

- a) les objectifs déterminés devraient être des objectifs ultimes (c'est-à-dire à l'horizon de l'an 2000) plutôt que des objectifs intermédiaires;
- b) la sociologie devrait avoir une contribution appréciable à apporter au processus d'identification des objectifs;
- c) dans la mesure du possible, il fallait se fixer sur des objectifs quantifiés (il a toutefois été admis que cela ne serait pas toujours possible en raison de la complexité des facteurs sociologiques entrant en jeu); par un souci excessif de quantification, il ne fallait, de toute façon, pas perdre de vue les priorités réelles dans la fixation des objectifs;
- d) les objectifs devraient être déterminés par des groupes de spécialistes travaillant selon des directives méthodologiques préétablies;
- e) ces groupes d'étude devraient systématiquement :
 - évaluer et, le cas échéant, remettre en question les stratégies régionales;
 - essayer de prévoir les contraintes et les pièges possibles dans ces stratégies;
- f) parmi les principaux groupes cibles des objectifs régionaux devaient figurer le grand public, les hommes politiques et les administrateurs de la santé publique, mais il ne fallait pas oublier non plus les groupes d'individus capables de façonner ou de faire évoluer l'opinion, tels que les spécialistes de la diffusion de l'information, les associations professionnelles et les élites universitaires;
- g) en dépit de problèmes méthodologiques, il fallait assurer, à un stade ultérieur, un flux bidirectionnel de communications entre l'OMS, les autorités sanitaires et le public (au moyen de sondages d'opinion, par le truchement des conseils sanitaires, etc.);
- h) l'usage des divers types d'information dans des contextes socio-politiques différents pourrait poser certains problèmes;
- i) l'OMS aura un rôle important à jouer dans cette activité, dans la mesure où il lui appartient de donner un appui moral aux individus et aux organismes qui oeuvrent en vue de la réalisation d'objectifs compatibles avec ses politiques de santé;

^aLe Groupe de travail, composé de représentants des pays à la trentième session du Comité régional, avait recommandé qu'un tel document annonçant les objectifs régionaux soit soumis au Comité régional à sa trente et unième session, en septembre 1981.

j) lorsque l'on analyse les contraintes qui peuvent peser sur les stratégies, il importe de ne pas perdre de vue la possibilité, pour les politiques, de produire des effets aussi bien négatifs que positifs;

k) les stratégies et les objectifs devraient être positifs, plutôt que négatifs;

l) l'interférence possible d'événements imprévus, et les effets que ces événements pourraient avoir, ne devront pas être perdus de vue.

5. Document relatif aux objectifs régionaux - méthodologie

Le Groupe a estimé opportun de subdiviser la question en deux parties, à savoir :

a) les caractéristiques souhaitables des objectifs;

b) la procédure de définition des objectifs.

5.1 Caractéristiques souhaitables des objectifs

Après une discussion prolongée sur les caractéristiques des objectifs, les participants sont convenus que ceux-ci devraient d'une façon générale :

a) être en rapport avec les stratégies adoptées par la Région européenne en vue de l'objectif "Santé 2000";

b) offrir suffisamment d'attrait aux yeux des hommes politiques et du public, en particulier, pour les inspirer et les inciter à passer à l'action;

c) présenter de l'intérêt pour le public, les hommes politiques, les administrateurs et les spécialistes;

d) être compatibles avec les objectifs régionaux et nationaux;

e) être exprimés clairement et simplement;

f) être, dans toute la mesure du possible, quantifiés (ce qui permet de mesurer les progrès accomplis);

g) être capables d'avoir un impact sensible sur la diminution des problèmes;

h) être fiables (pouvoir vraiment donner une idée de la régression du problème);

i) être réalistes;

k) être politiquement acceptables;

l) concerner un problème réel et significatif;

m) être limités en nombre;

n) être exprimés en termes assez généraux, plutôt que spécifiques;

o) être capables de susciter un vaste débat public;

p) se prêter à l'évaluation.

5.2 Démarche à suivre pour définir les objectifs

La sélection des objectifs régionaux devrait donner lieu à un effort de collaboration entre le Secrétariat et les institutions et les experts nationaux, un groupe de direction assurant la coordination des travaux. Dans chaque domaine de la stratégie retenu en vue de la définition d'objectifs, il faudrait envisager de procéder de la manière suivante :

a) une liste d'institutions et/ou d'experts nationaux compétents dans le domaine d'étude choisi sera établie;

- b) de petits groupes d'étude seront constitués, et la méthode et le calendrier qu'ils devront suivre dans leurs travaux seront précisés, sans qu'il soit absolument nécessaire d'organiser des réunions en bonne et due forme;
- c) les membres des groupes seront munis de documents d'information, décrivant les stratégies régionales, indiquant les principes à suivre dans l'identification des objectifs, le degré de spécificité de ces objectifs, les critères à appliquer dans leur élaboration, les caractéristiques optimales, etc.;
- d) chaque groupe se mettra d'accord sur un cadre conceptuel pour la promotion de la santé;
- e) chaque groupe évaluera et, au besoin, remettra en question les définitions données des problèmes régionaux, les objectifs fixés et les stratégies adoptées;
- f) chaque groupe identifiera les contraintes qui peuvent être inhérentes aux stratégies régionales;
- g) chaque groupe définira les domaines précis à étudier, compte tenu des problèmes à résoudre, des groupes de population, des systèmes ou des organisations;
- h) dans chacun des domaines de préoccupation, des projections seront établies sous forme quantifiée;
- i) on identifiera alors des objectifs qui pourront être quantifiables (sur la base de données précises), ou approximativement quantifiables (par une appréciation subjective), ou encore de caractère qualitatif (si l'on manque totalement de données les concernant).

Cette façon de procéder pourrait être vérifiée par des groupes d'experts choisis de la manière habituelle, ou par une méthode du type Delphi, ou encore par des consultants travaillant isolément. Ces diverses options ne s'excluent pas mutuellement.

6. Regroupage des questions pour la fixation des objectifs

Les participants ont examiné, chapitre par chapitre, la Partie II du document sur la stratégie (EUR/RC30/8), ainsi que le rapport du groupe de travail du Comité régional (EUR/RC30/15 Rev.1, Annexe III), en vue de regrouper les problèmes dans certains domaines et de fixer les objectifs. Le but de cet exercice était d'orienter les travaux des groupes spéciaux d'étude lorsqu'ils formuleront les objectifs régionaux.

6.1 Promotion de modes de vie favorables à la santé

Le Groupe a reconnu que les éléments du mode de vie devaient être essentiellement considérés en fonction du comportement individuel et social. La santé n'est que l'une des nombreuses valeurs liées aux modes de vie, et pas nécessairement la plus importante si on la compare à la satisfaction, au plaisir, à la réussite ou au pouvoir. Les éléments du mode de vie peuvent être classés, aux fins de l'établissement des objectifs, selon les comportements individuels en rapport avec la conscience et la possibilité de choix de l'individu. Entre autres types de classification, on a suggéré la suivante :

- activité physique;
- travail;
- repas;
- repos et détente;
- famille et rapports sociaux;
- vie sexuelle.

Une autre classification était basée sur des variables indépendantes utilisées pour regrouper les individus en groupes démographiques, économiques, sociaux et culturels (âge, conditions de travail, situation socio-économique, instruction, logement, etc.).

La possibilité de fixer les objectifs de santé en termes de variables sociales a été soulevée. Il a été convenu que les objectifs devraient être formulés en prenant pour base la première des classifications et en se servant de la deuxième comme moyen de classer les variables pour les groupes cibles. La nécessité de recherches plus approfondies sur les rapports entre la santé, le bien-être et les modes de vie pourrait également être retenue comme objectif.

6.2 Prévention de certains états ou de certaines affections

6.2.1 Le thème de la pauvreté et la santé a été choisi comme domaine de fixation d'objectifs. Il a été suggéré de formuler des objectifs concernant les questions ci-après :

- chômage;
- désavantages multiples;
- pauvreté dans les pays en développement de la Région;
- femmes désavantagées (mères célibataires, veuves, femmes âgées).

Le Groupe a insisté sur la nécessité d'une différenciation entre la pauvreté absolue, la pauvreté relative et le chômage. Il a semblé que la mortalité périnatale et l'incidence des maladies diarrhéiques constituaient des mesures suffisamment sensibles de la pauvreté. Au Royaume-Uni, des indicateurs des désavantages multiples ont été mis au point. En ce qui concerne le chômage, il conviendrait de se préoccuper des conséquences anticipées de longues périodes de chômage et d'une diminution de l'éthique professionnelle.

6.2.2 Réduction des risques périnataux et amélioration de la santé maternelle et infantile

Les domaines choisis pour la fixation des objectifs pourraient être les suivants :

- enfants/grossesses souhaités;
- malformations génétiques (dangers, dépistage, conseils, interventions);
- mortalité périnatale et maternelle.

Dans l'élaboration des objectifs, il faudrait également tenir compte d'autres éléments de la famille (enfants, couple). Le niveau intellectuel des enfants pourrait également être pris en compte. La grande variété des taux (de mortalité périnatale, par exemple) en Europe peut également soulever certaines difficultés. La solution pourrait consister à fixer des objectifs en termes de réduction des pourcentages ou de nombre de pays ayant atteint un niveau donné.

6.2.3 Prévention des maladies transmissibles. Outre la vaccination, qui constitue déjà un objectif et qui devrait être développée dans le contexte européen, on a suggéré d'autres domaines comme l'éradication du paludisme et les maladies diarrhéiques. Les participants ont estimé qu'un groupe d'étude technique devrait établir la liste des principales maladies transmissibles et dresser, en particulier, une brève liste des maladies éventuellement éradicables.

6.2.4 Réduction des accidents et de leurs conséquences

Les domaines d'objectifs pourraient être les accidents de la route, les accidents du travail et les accidents domestiques, les enfants et les personnes âgées étant choisis, en ce cas, comme groupe prioritaire. Les participants ont insisté sur les activités dans lesquelles les accidents sont les plus fréquents : agriculture et pêche dans les pays développés, petites industries dans les pays en développement. On a fait remarquer que l'approche communautaire préconisée à l'égard des personnes âgées dans la stratégie, bien que totalement justifiée à d'autres égards, pouvait avoir pour effet d'augmenter le nombre des accidents dont les personnes âgées pouvaient être victimes à leur domicile, si des mesures n'étaient pas prises pour parer à ce danger.

6.2.5 Une section concernant l'amélioration de la vie urbaine devrait être ajoutée à la stratégie; le besoin d'un meilleur logement, la réduction du bruit et du stress dû à la vie en ville, ainsi que l'amélioration de l'environnement intérieur, figuraient sous cette rubrique.

6.2.6 Promotion d'une alimentation équilibrée et saine. La question de l'équilibre alimentaire dans la Région européenne étant traitée, pour l'essentiel, sous la rubrique consacrée aux modes de vie, la présente section devrait comprendre un seul domaine d'objectif : celui de la surveillance et du contrôle de l'hygiène alimentaire, à tous les stades, afin de lutter contre les maladies transmises par les aliments.

6.2.7 Réduction des risques dus à l'environnement. Les domaines possibles de fixation d'objectifs sont les suivants :

- a) air : réduction de la pollution à des niveaux sans effet significatif sur la morbidité, la mortalité et le bien-être;
- b) produits chimiques : institution de procédures convenables de surveillance et de contrôle;

- c) pollution transfrontière : ratification par tous les pays d'accords de lutte contre la pollution;
- d) rayonnements : adoption de méthodes adéquates de surveillance et de contrôle.

6.2.8 Approvisionnement en eau et assainissement. Cet objectif avait déjà été visé dans le cadre de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement. Les participants ont estimé que la Région européenne était particulièrement bien placée pour l'atteindre. D'autres problèmes pourraient aussi être examinés : faible pollution à long terme de l'eau par les produits chimiques dans les pays industrialisés, insuffisance d'approvisionnement de certains pays et manque de ressources en eau dans certaines parties méridionales de la Région.

6.3 Fourniture de soins de santé convenables et accessibles à tous

6.3.1 Egalité d'accès à des soins de santé appropriés

S'agissant d'équité dans la fourniture de soins de santé appropriés, les objectifs devraient concerner les domaines ci-après :

- auto-assistance;
- soins donnés par des non spécialistes, soins communautaires, autres types de soins;
- services de santé primaires et leur organisation;
- égalité d'accès du point de vue socio-économique et géographique;
- humanisation des soins, évolution de l'attitude à l'égard des malades;
- rapports entre les niveaux et la continuité des soins.

Les participants ont insisté sur la nécessité d'une évolution des attitudes pour l'élaboration d'objectifs dans des secteurs autres que celui de la santé. Le but devrait être d'arriver à faire converger les objectifs des différents secteurs, en sachant faire preuve de persuasion vis-à-vis des autres secteurs. La question de la liberté de choix entre diverses formes de soins devrait être évoquée et peut-être serait-il opportun d'envisager l'élaboration d'une charte du malade.

6.3.2 Fourniture de soins spéciaux aux groupes à haut risque. Les groupes à haut risque identifiés comme prioritaires pour la fixation des objectifs sont les handicapés, les personnes âgées, les migrants et les individus vivant dans les régions circumpolaires.

Dans tous les cas et plus particulièrement dans le cas des personnes âgées et des handicapés, il faut que se modifie l'attitude de la société, afin d'assurer le plus de justice possible dans la dépendance; les mécanismes de compensation de la dépendance devraient être "humanisés" et la réactivité sociale et un niveau convenable de soins devraient être assurés.

6.3.3. Réduction des effets des maladies chroniques et dégénératives. Les participants se sont demandés s'il était opportun de choisir certaines maladies pour la fixation des objectifs. Il leur a semblé que des objectifs spécifiques devaient être formulés pour les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les maladies mentales. S'agissant de causes importantes de mortalité, il a été suggéré de faire référence à la diminution du nombre de décès prématurés, plutôt qu'à la réduction globale des décès. D'autres domaines d'objectifs possibles pourraient être les maladies rhumatismales ou, d'une façon plus générale, les affections des os et des articulations et les allergies. Des objectifs plus généraux pourraient, en outre, être proposés en rapport avec les effets économiques et sociaux des maladies chroniques et dégénératives.

6.3.4 Amélioration du rendement et de la qualité des services. Les principaux domaines de fixation d'objectifs devraient être l'évaluation des technologies de soins et la répartition des services entre soins primaires et soins en institution. La satisfaction éprouvée, par les utilisateurs comme par les fournisseurs de services, devrait être prise en compte. Il a toutefois semblé difficile de décider des points de détail à examiner, car bien des différences peuvent exister selon le type de système de santé. La principale question devrait être l'existence d'un système national permettant de contrôler l'efficacité, la distribution et le coût des technologies de soins de santé.

Le hiatus qui sépare les connaissances disponibles et leur mise en application au niveau de la collectivité devrait être éliminé. Les connaissances chez les utilisateurs devraient être développées par le moyen de techniques modernes de diffusion de l'information, qu'il s'agisse d'auto-traitement ou de traitement par un personnel spécialisé.

7. Mesures de soutien

7.1 Soutien politique, considéré en tant qu'objectif, devrait être exprimé en termes d'engagement politique au niveau de la collectivité et aux niveaux national et international. Des questions délicates pourraient être posées par la création de groupes de pression en vue de l'objectif Santé 2000 et par l'introduction de changements objectifs dans les services de santé, à la lumière des conclusions de la Conférence d'Alma Ata.

7.2 Soutien administratif. Les participants ont estimé que le seul moyen de mesurer un tel soutien consistait à analyser ce qui était fait dans les pays pour donner aux processus de gestion une orientation plus précise et plus pragmatique. Il conviendrait d'évaluer les répercussions d'une telle réorientation sur l'établissement des budgets-programmes.

7.3 Soutien technique. Des objectifs devraient être fixés dans le domaine de l'évaluation de l'équipement technique, de manière à favoriser l'usage avisé, immédiat et généralisé d'outils efficaces et à éviter tout développement anarchique.

7.4 Soutien financier. Des objectifs devraient être fixés dans les domaines suivants :

- pourcentage des ressources consacrées aux soins de santé primaires;
- répartition des ressources à l'intérieur du secteur de la santé et entre les secteurs socio-économiques;
- équité dans la couverture sanitaire du point de vue économique;
- résultats des efforts déployés afin d'inciter d'autres secteurs à consacrer des ressources à la promotion et à la protection de la santé.

On a fait valoir que plusieurs des objectifs de ce domaine ne relevaient pas de la responsabilité du ministre de la santé, ni même du secteur sanitaire. C'est à celui-ci néanmoins qu'il appartenait de convaincre, par exemple, le secteur de l'éducation d'augmenter les ressources consacrées à l'enseignement de l'hygiène et à la promotion de la santé.

7.5 Recherche. Les objectifs régionaux dans ce domaine pourraient être exprimés en termes de réorientation des politiques et des activités de recherche dans le sens :

- a) d'une diversification des aspects de la santé considérés (facteurs sociologiques et écologiques et leurs rapports avec les modes de vie et la santé, par exemple);
- b) d'un meilleur équilibre entre les recherches étiologiques, épidémiologiques et cliniques;
- c) de l'intensification de la recherche sur les services de santé;
- d) de l'amélioration des liens entre les politiques de recherche et les politiques de santé.

Il a été proposé de demander au Comité consultatif européen de la Recherche médicale (CCERM) de réfléchir à cette question.

7.6 Ressources humaines. Il conviendrait d'élaborer des objectifs concernant le type, le nombre, la répartition et l'utilisation convenables des professionnels de la santé, selon les tâches à accomplir dans un système fondé sur les soins de santé primaires. L'information accrue du grand public et l'information et l'éducation sanitaires des spécialistes n'appartenant pas aux professions de la santé devraient aussi être retenues comme objectifs, de même que le contenu des programmes de formation par rapport aux stratégies nationales et régionales.

8. Mécanismes et plan de travail

8.1 Mécanismes. Les participants ont examiné les façons possibles de répartir le travail de formulation des objectifs. Ils ont estimé que, dans un certain nombre de domaines au moins, le Bureau régional disposait des informations et des connaissances voulues. Dans d'autres domaines, on devrait, en revanche, faire appel aux connaissances des pays par l'intermédiaire de groupes existants, tels que le CCERM, d'institutions collaboratrices, de personnel national de contrepartie, de consultants et de groupes ad hoc. Il a été suggéré de laisser au Secrétariat la responsabilité de décider de ce que le Bureau régional pouvait faire lui-même ou du type d'appui éventuellement à rechercher. Ce type d'activité pourrait suivre la planification du programme du Bureau régional de l'Europe. Un groupe de direction devait être créé afin de coordonner les efforts, d'analyser les rapports sur des sujets précis et de rédiger le document final. Tous les participants ont accepté la proposition tendant à transformer le groupe actuel en groupe de direction.

8.2 Plan de travail. Le plan ci-après a été adopté :

- avril 1981 : examen du présent rapport par le CCRDS;
- avril-octobre 1981 : élaboration des objectifs dans les domaines retenus par le Bureau régional avec, au besoin, l'appui d'individus ou d'institutions dans les pays;
- octobre 1981 (deuxième semestre) : réunion (d'une durée de trois jours) du groupe de direction afin d'examiner les objectifs proposés, de suggérer des changements éventuels et d'arrêter les grandes lignes du document définitif;
- février 1982 : réunion du groupe de direction pour donner au document sa forme définitive;
- (Note : une autre réunion sera organisée s'il le faut en décembre 1981. La décision à cet égard sera prise à la réunion d'octobre)
- mars 1982 : examen du document par le CCRDS;
- septembre 1982 : présentation du document au Comité régional, à sa trente deuxième session.

9. Charte sanitaire possible pour la Région européenne

Il a semblé qu'il fallait retenir le principe de l'établissement d'une charte de la santé qui serait entérinée par les pays, au plus haut niveau et peut-être aussi par d'autres organisations intergouvernementales. Etant donné toutefois que la stratégie a été adoptée en 1980 et que la version révisée, comportant les objectifs retenus, ne sera soumise au Comité régional qu'en 1982, le projet de charte de santé ne devrait pas être prêt à être approuvé avant 1983, au plus tôt, de sérieux doutes quant à la nécessité d'un tel document ayant notamment été exprimés par plusieurs membres du Comité régional, à sa trentième session.^a

10. Recommandations

- 1) Des objectifs devraient être formulés dans divers domaines de la stratégie régionale. Des propositions en vue de la sélection de ces domaines et des commentaires concernant le contenu des objectifs sont formulés dans la section 6 du présent rapport.
- 2) Dans toute la mesure du possible, les objectifs fixés devraient être quantifiés, mais il ne faudrait pas exclure pour autant les objectifs de caractère qualitatif.
- 3) Les rapports entre la santé et les autres secteurs devraient être pris en compte dans la formulation des objectifs régionaux, et des considérations d'ordre sociologique devraient tenir une place appréciable dans le processus d'identification des objectifs.
- 4) La formulation des objectifs devrait donner lieu à un effort conjoint du secrétariat et d'experts et d'institutions des pays. Les travaux devraient être entrepris par le Bureau régional, sur la base des informations et des connaissances disponibles.
- 5) Un groupe de direction devrait être créé afin de coordonner les efforts de fixation des objectifs et d'élaborer le document final à incorporer dans la version révisée et mise à jour de la stratégie régionale.
- 6) Le principe d'une charte régionale de la santé devrait être maintenu, mais la question devrait être laissée ouverte et sa faisabilité devrait être reconsidérée.

^aVoir document EUR/RC30/5 Rev.1, Annexe III.

Annexe I

ORDRE DU JOUR

1. Examen de la stratégie régionale révisée et de l'état actuel des travaux en ce qui concerne l'objectif "Santé 2000".
2. Elaboration d'objectifs régionaux quantifiés
 - 2.1 Méthode d'examen
 - 2.2 Regroupement des questions relatives à la stratégie "Santé 2000" aux fins d'examen
 - 2.3 Plan de travail
3. Charte de santé possible pour la Région européenne

Annexe II

LISTE DES PARTICIPANTS

CONSEILLERS TEMPORAIRES

- Dr R. Draper^a
Directeur général de la Promotion de la Santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ottawa (Canada)
- Dr J.H. Hellberg
Directeur, Département des Soins de Santé primaires, Conseil national de la Santé, Helsinki (Finlande) (Président)
- Dr M. Lagergren
Omsorgen 1, Sanhället, Fredsgatan 2, Stockholm (Suède)
- Dr D.M. Pendreigh
Senior Lecturer, Department of Community Medicine, Université d'Edimbourg (Royaume-Uni) (Rapporteur)
- Professeuse Magdalena Sokolowska
Vice-Présidente, Association internationale de Sociologie, Varsovie (Pologne)

BUREAU REGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE

- Dr J.E. Asvall
Directeur de la Gestion des programmes (Secrétaire)
- Mme C. Celinder
Administrateur chargée des Questions de politique générale
- Dr J.-P. Jardel
Fonctionnaire régional pour le Programme de systèmes d'information
- Dr I.S. Luculescu
Fonctionnaire régional pour la Programmation sanitaire par pays
- Mr J.I. Waddington
Directeur, Promotion de la salubrité de l'environnement
- Dr M. Wagner
Fonctionnaire régional pour la Santé maternelle et infantile
- Dr H. Zöllner
Fonctionnaire régional pour l'Economie sanitaire

^aFrais de participation non payés par l'OMS