WHO/INA/97.1
Original: Anglais
Distribution: générale

LA COOPÉRATION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET DE L'UNIVERSITÉ DE CALIFORNIE, LOS ANGELES (UCLA) EN VUE DU DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

Réunion de concertation OMS/UCLA
Los Angeles, Californie, Etats-Unis d'Amérique,
13-14 novembre 1996

Rapport

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE, 1997

TABLE DES MATIÈRES

De gauche à droite : **le Dr A. Amini**, Consultant, Division des Affaires interinstitutions, OMS, Genève; **le Professeur Ismail Sallam**, Ministre de la Santé et de la Population, Egypte ; **le Dr Abdelmonem A. Afifi,** Doyen de l'Ecole de Santé publique, Centre pour les Sciences de la Santé, UCLA ; **le Dr Yuji Kawaguchi**, Directeur, Division des Affaires interinstitutions, OMS, Genève; **le Dr Osman Galal**, Directeur, Programmes de Santé internationale, Ecole de Santé publique, UCLA.

PRÉFACE

Depuis le printemps de 1995, des discussions ont eu lieu entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Université de Californie, Los Angeles (UCLA). Ces discussions ont été centrées sur le décalage entre les ressources disponibles et les besoins des pays en développement, et sur la recherche de modalités possibles de collaboration entre l'OMS et les universités pour y remédier. C'est ainsi qu'à l'issue de plusieurs réunions et consultations a eu lieu à Los Angeles, Californie (Etats-Unis d'Amérique), les 13 et 14 novembre 1996, la réunion de concertation OMS/UCLA. De hauts fonctionnaires et des responsables d'universités venus d'Afrique du Sud, d'Egypte et d'Indonésie, y ont participé. Les représentants de six universités américaines ont étudié la façon de rassembler le capital intellectuel d'un groupe d'universités et les moyens techniques de l'OMS pour apporter une aide conjointe efficace aux pays. La réunion a conclu ses travaux en s'engageant à établir une alliance entre l'OMS, l'UCLA et les gouvernements participants, dont feraient activement partie un certain nombre d'organismes bilatéraux et multilatéraux, d'autres universités, des ONG et le secteur privé.

Le présent document contient le résumé des discussions qui ont eu lieu lors de la réunion de concertation OMS/UCLA. Il insiste sur un certain nombre de besoins prioritaires et sur les stratégies appropriées que pourraient adopter les gouvernements, l'OMS, l'Afrique du Sud, l'Egypte, l'Indonésie et la communauté internationale, les universités, les ONG et le secteur privé, afin de collaborer dans le cadre d'un partenariat pour assurer une amélioration durable de la santé et du bien-être social de la population.

Au nom de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Université de Californie, Los Angeles, nous aimerions saisir cette occasion pour remercier

les représentants des universités et des gouvernements présents de leurs précieuses contributions, qui ont fait le succès de cette réunion en jetant les bases d'un cadre de concertation visant à promouvoir le développement sanitaire dans les pays en développement.

Dr Abdelmonem A. Afifi
Doyen
Ecole de Santé publique
Université de Californie, Los Angeles
Etats-Unis d'Amérique

Dr Yuji Kawaguchi
Directeur
Division des Affaires institutions
Organisation mondiale de la Santé
Genève, Suisse

1. INTRODUCTION

La réunion concertée OMS/UCLA s'est tenue à l'Ecole de Santé publique de l'Université de Californie, Los Angeles, Etats-Unis d'Amérique, les 13 et 14 novembre 1996. Cette réunion, organisée par l'Ecole de Santé publique de l'UCLA et l'Organisation mondiale de la Santé, a rassemblé des représentants gouvernementaux de haut niveau et des représentants d'universités de pays en développement venant de trois Régions de l'OMS, à savoir l'Afrique du Sud, l'Egypte et l'Indonésie, mais aussi des doyens d'autres écoles de santé publique des Etats-Unis d'Amérique et des représentants de la Banque mondiale, d'autres établissements universitaires et de fondations.

2. OBJECTIFS DE LA RÉUNION

- Etablir un cadre conjoint OMS/UCLA de collaboration avec d'autres partenaires à l'appui du développement sanitaire dans les pays d'Afrique et d'Asie-Pacifique.

- Recenser les besoins de santé prioritaires d'un certain nombre de pays d'Afrique et d'Asie-Pacifique et mettre en place un mécanisme susceptible d'appuyer le renforcement des moyens institutionnels au niveau national.

- Passer en revue les domaines prioritaires pour la coopération technique, en commençant par les domaines impliqués dans la réforme du secteur de la santé, la santé de la famille, la formation, la recherche et le transfert de technologies.

- Mettre en place un mécanisme visant à mobiliser la communauté, le secteur privé, les ressources nationales, internationales et universitaires, afin de renforcer les programmes de développement sanitaire dans les pays d'Afrique et d'Asie-Pacifique. L'Afrique du Sud, l'Egypte et l'Indonésie seront les pays choisis pour cette action pilote.

3. SÉANCE D'OUVERTURE

Le Dr A. A. Afifi, Doyen de l'Ecole de Santé publique, UCLA, a ouvert la réunion en exprimant l'espoir qu'elle permettrait de défricher de nouveaux domaines de collaboration entre universités, organisations internationales et organismes de prestation de services dans divers pays. Le Dr Afifi a reconnu que les objectifs fixés étaient peut-être ambitieux mais a exprimé l'espoir que la réunion permettrait tout de même de faire avancer les choses. Il a rappelé que l'idée de cette réunion était née un an et demi auparavant lorsque le Dr Kawaguchi s'était rendu dans plusieurs écoles de santé publique aux Etats-Unis d'Amérique, dont l'UCLA. Un nouveau concept de collaboration avec l'OMS s'inscrit tout à fait dans la logique de l'histoire de cette université.

4. LA SANTÉ INTERNATIONALE À L'UCLA

Le **Dr Milton Roemer, Professeur émérite, Département des Services de Santé**, a rappelé que l'Ecole de Santé publique de l'UCLA a été créée en juillet 1961,en tant qu'école indépendante, dotée de son propre doyen et de son corps enseignant. Le Comité de la Santé internationale, qu'il a eu le privilège de présider, a été créé en janvier 1962.

A l'heure actuelle, 23 cours proposés par l'Ecole sont clairement orientés sur la santé internationale. Parmi ceux-ci, 17 sont dispensés par le Département des Sciences de la Santé communautaire, cinq par le Département d'Epidémiologie et un par le Département des Services de Santé. Pratiquement tout l'enseignement des cinq Départements (les trois Départements

susmentionnés plus les Départements Biostatistique et Salubrité de l'Environnement) de l'Ecole de Santé publique a une orientation internationale. Cette orientation est plus importante pour les pays en développement, où les maladies transmissibles sévissent encore à l'état endémique. En ce qui concerne l'organisation et le financement des services de santé, les politiques et les pratiques suivies en Europe paraissent particulièrement pertinentes pour les Etats-Unis d'Amérique. Les étudiants qui viennent de toutes les parties du monde peuvent, de retour dans leur pays, diffuser largement les connaissances qu'ils ont acquises. Des travaux de recherche universitaire et des consultations ont lieu dans près de 70 pays sur tous les continents.

5. LES ÉTUDES INTERNATIONALES À L'UCLA

Le **Dr John N. Hawkins, Doyen, UCLA International Studies and Overseas Programmes,** a parlé de son expérience de l'action sanitaire en Chine et de la responsabilité qui lui incombe de mettre sur pied et de superviser l'une des structures les plus originales de l'enseignement américain, à savoir les études universitaires internationales. Cette expérience, qui fait appel aussi bien à une approche dispersée qu'à une approche plus centralisée, se prête très bien aux objectifs de la réunion. Il y a douze ans, il existait un certain nombre de programmes internationaux dans divers endroits, par exemple des projets de type classique orientés sur des thèmes particuliers dans des pays comme la Chine, la Corée et le Japon, mais aussi des études portant sur des problèmes régionaux, comme les migrations, dans la Région du Pacifique. Tous ces projets ont été rassemblés dans le cadre des programmes d'études internationales qu'il dirige. Les études professionnelles ne sont certainement pas laissées pour compte puisque l'on relie sciences politiques, économie, compétences linguistiques et compétences sanitaires. Cet effort a revêtu des formes différentes, et il a été possible de proposer des diplômes mixtes aux étudiants, associant, par exemple, compétences linguistiques et compétences sanitaires professionnelles. Les recherches conjointes et les

postes d'enseignement mixte sont également des modèles de travail proposés dans le cadre d'alliances stratégiques qui, de l'avis du Dr Hawkins, représentent l'avant-garde de l'enseignement supérieur de demain.

6. RÉPERCUSSIONS DE L'ACTION SANITAIRE INTERNATIONALE SUR LA POLITIQUE INTÉRIEURE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le **Dr E. Richard Brown, Directeur du Centre de Politique sanitaire de l'UCLA et Président de l'American Public Health Association**, a estimé que diverses situations pouvaient avoir un fort impact sur la santé au niveau international, à savoir la lutte contre les maladies infectieuses, car ces maladies ignorent les frontières géographiques et exigent que l'ensemble des partenaires collaborent étroitement. En salubrité de l'environnement et en médecine du travail, l'interaction devrait être analogue, par exemple en ce qui concerne l'utilisation de certains produits qui peuvent être interdits dans un pays mais exportés vers un autre; la pollution de l'eau et la pollution atmosphérique transfrontières en sont également des exemples. Pour ce qui est des schémas comportementaux, des enseignements peuvent être tirés de l'expérience; il faut par ailleurs compter sur l'impact des politiques publiques et des politiques de commercialisation. Tous ces facteurs font qu'il est indispensable de mettre en commun l'information et les expériences, de se tenir informé des résultats de la recherche menée par d'autres pays, et de contribuer à l'étude des différentes méthodes de gestion des problèmes. A l'UCLA, il existe diverses possibilités de mener des recherches concertées, puisqu'il n'est pas possible à une seule institution de mener des recherches isolément. De plus, chacun a beaucoup à apprendre de ce que font les autres. Le Dr Brown se félicite donc des possibilités accrues qu'offrirait le programme proposé de collaboration entre l'OMS et l'UCLA.

7. LES STRATÉGIES MONDIALES DE L'OMS ET SES INITIATIVES EN FAVEUR D'UN PARTENARIAT POUR LE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

Le **Dr Yuji Kawaguchi, Directeur de la Division des Affaires interinstitutions à l'OMS**, a remercié toutes les personnes présentes de leur participation à la réunion, qui représentait selon lui une étape importante dans la recherche de moyens de réponse aux problèmes de santé prioritaires des pays en développement, dans le cadre de partenariats mondiaux. On trouvera à l'annexe 1 un résumé de la présentation complète du Dr Kawaguchi.

8. ACTIVITÉS DE COLLABORATION AU NIVEAU NATIONAL ET INTERNATIONAL : SITUATION ET EXPÉRIENCE DES PAYS

Le **Professeur Ismail Sallam, Ministre de la Santé et de la Population, Le Caire, Egypte**, a donné un aperçu des contraintes auxquelles doit actuellement faire face le secteur de la santé en Egypte (fort taux de croissance démographique, détérioration des infrastructures matérielles, qualité du personnel, bas salaires, manque de confiance), des mesures prises pour réformer le secteur de la santé, des priorités pour le pays et des domaines de collaboration proposés. On trouvera à l'annexe 2 un résumé plus détaillé de son exposé.

Le **Dr Agus Suwandono, Chef du Centre pour les Services/Systèmes de Santé, Recherche et Développement, Institut national de Développement de la Recherche en Santé, Surabaya, Indonésie**, a

décrit les principaux problèmes et défis du développement sanitaire en Indonésie. Si l'on a pu constater une amélioration substantielle dans le domaine de la santé au cours des 25 dernières années, plusieurs indicateurs sanitaires sont encore en retard par rapport à ceux de pays voisins et de grandes réformes sont maintenant entreprises pour redresser cette situation. Un résumé complet de son intervention figure à l'annexe 4.

Le Dr Yogan Pillay, Directeur des Services nationaux de Santé, Département de la Santé, le Cap, Afrique du Sud a décrit les grandes disparités qui existent dans le secteur de la santé et qui, en fait, reflètent les disparités de la société sud-africaine, ainsi que les possibilités et les enjeux des activités concertés avec l'Afrique du Sud dans les domaines couverts par la réforme du secteur de la santé, la santé de la famille, la formation, la recherche et le transfert de technologie. On trouvera à l'annexe 5 un résumé de son exposé.

M. J. Baudouy, Chef, Division des Ressources humaines, Département Moyen-Orient et Région Afrique du Nord, Banque mondiale, a déclaré que la réunion représentait une occasion de collaboration importante, dont l'aboutissement dépendra des liens qu'auront tissés les établissements et les personnes. La Banque est organisée par région géographique et par secteur et c'est elle qui constitue la source la plus importante de financement pour les activités en matière de santé, de nutrition et de population; elle part en effet du principe qu'une population en bonne santé et éduquée est le point de départ indispensable pour améliorer le bien-être, lutter contre la pauvreté et obtenir une croissance durable. Le monde étant encore en récession, il convient de se montrer réaliste. On assiste à une "polarisation du développement" : l'équité n'a pas progressé ces dernières années (sauf en Chine), les écarts sont encore très importants et il existe des variations importantes en matière de morbidité. Avec l'aggravation du fardeau de la maladie dans les prochaines décennies, l'augmentation des dépenses totales concerne essentiellement les maladies non transmissibles. En

conclusion, M. Baudouy a indiqué que la Banque mondiale renforçait sa collaboration avec l'OMS, en particulier en matière de consultation, pour assurer une meilleure cohérence.

9. BILAN DE L'ACTION DES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION ET DE L'UCLA EN RÉPONSE AUX BESOINS DE SANTÉ PRIORITAIRES DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

S'agissant *des besoins sanitaires des pays en développement*, **le Dr Gail Harrison, Professeur et Président du Département des Sciences de la Santé communautaire,** a fait référence à la diversité des besoins de santé que connaissent la plupart des pays à l'aube du vingt et unième siècle. Ces besoins sont hétérogènes, évoluent rapidement et présentent des défis énormes. L'urbanisation est l'un des principaux facteurs qui contribue à la complexité du problème, lorsqu'elle s'accompagne de transitions démographique et épidémiologique ayant un impact direct sur les priorités sanitaires. Les populations vieillissent; les personnes d'âge mûr et les personnes âgées contribuent à une part croissante de la morbidité et des dépenses de santé; les maladies chroniques prennent de plus en plus d'importance; les traumatismes, la violence et la toxicomanie apparaissent comme des menaces sérieuses pour la santé. De nouvelles maladies comme le SIDA menacent de grever les budgets des soins de santé. A cela s'ajoute une série de problèmes encore non résolus à savoir la surmortalité maternelle, la malnutrition, les maladies évitables par la vaccination et les facteurs qui traditionnellement contribuent à la mortalité infantile - l'insuffisance pondérale à la naissance, la diarrhée, les pneumonies et le paludisme. Ces derniers touchant plus particulièrement les enfants, les femmes, les populations rurales et les plus démunis, ils risquent de faire les frais de la lutte contre les problèmes

émergents, potentiellement très coûteuse. Les besoins essentiels - une alimentation suffisante, une maternité sans risque, des programmes de vaccination efficaces, de bons systèmes d'assainissement - ne doivent pas figurer sur une liste de problèmes parmi tant d'autres; ils doivent recevoir en permanence la priorité dans la planification sanitaire, même si des problèmes nouveaux ou émergents apparaissent, faute de quoi les coûts seront élevés aussi bien sur le plan des soins de santé que sur le plan du développement économique.

La réforme du secteur de la santé dans les pays en développement. **Le Dr Paul Torrens, Professeur, Département des Services de Santé,** rappelle que, dans les pays en développement, l'activité du secteur de la santé a été jusqu'ici a) principalement menée à l'initiative des pouvoirs publics et b) concentrée sur des problèmes de santé publique particuliers comme l'approvisionnement en eau, l'assainissement, la lutte antituberculeuse, la santé maternelle et infantile, etc... Maintenant que ces problèmes particuliers commencent à être résolus, l'attention se porte sur le développement des infrastructures. On assiste à un changement d'orientation en faveur de la mise en valeur et du développement des infrastructures de santé au détriment de projets axés sur des maladies particulières.

Avec le progrès économique dans les pays en développement, le secteur privé commence à mettre en place, en particulier autour des hôpitaux, des pratiques et des technologies médicales, et les pouvoirs publics sont confrontés au problème de la coopération et de l'intégration des secteurs public et privé. A mesure que le secteur privé et la base technologique se développent, les coûts commencent à augmenter et les pouvoirs publics s'inquiètent de savoir comment financer la croissance du système des soins médicaux uniquement (ou essentiellement) au moyen des dépenses publiques. Un intérêt considérable pour l'économie de la santé commence à se manifester et les questions économiques ont tendance à dominer toutes les discussions sur les soins de santé. En définitive, la pression économique et le débat se centrent sur les questions d'assurance-maladie comme moyen de financer la hausse des dépenses de santé. Les systèmes privés d'assurance-maladie

fondés sur les cotisations sont considérés comme un moyen de soulager l'Etat du fardeau de financer à lui tout seul le développement des soins médicaux dans un pays.

Ce schéma semble indiquer que les pays en développement doivent se concentrer sur certains secteurs ou sujets pour aborder la réforme du secteur de la santé : a) la planification sanitaire; b) l'élaboration de la politique sanitaire; c) la conception et la gestion du système de santé; d) l'économie sanitaire; e) l'assurance-maladie.

Eléments clés de la formation en santé publique et de la formation des professionnels de la santé dans les pays en développement. Le **Dr Roger Detels, Professeur au Département d'Epidémiologie,** a souligné que la formation en santé publique des professionnels de santé dans les pays en développement devait être adaptée aux problèmes de santé auxquels ceux-ci sont confrontés. Le défi consiste pour les établissements d'enseignement des pays développés qui souhaitent aider les pays en développement à former leurs professionnels de santé aux principes, méthodes et stratégies applicables aux conditions et aux contraintes particulières des pays en développement. L'objectif de ces programmes de formation doit être de former les professionnels de la santé à contribuer au développement des connaissances sanitaires essentielles à une prise de décision éclairée, à l'élaboration de politiques, puis l'application efficace de ces politiques.

Un programme de formation efficace et pertinent doit comprendre des compétences universitaires, la connaissance des problèmes de santé publique rencontrés dans les pays d'où viennent les étudiants et les possibilités d'application dans ces pays des principes, méthodes et stratégies que viennent d'acquérir les étudiants.

Domaines prioritaires pour le transfert de technologies dans les pays en développement. Le **Dr Ralph Frerichs, Président du Département d'Epidémiologie,** a rappelé que les techniques nécessaires à la collecte et à

la diffusion de l'information essentielle pour l'enseignement, les services et la gestion faisaient souvent défaut dans les régions les moins développées. Or les données nouvelles concernant les pathologies, les tableaux de morbidité, les méthodes de lutte et les méthodes de traitement et de soins continuent de s'accumuler de plus en plus rapidement. Pourtant, par manque d'enseignants informés, de moyens adéquats, d'ordinateurs, de revues et d'ouvrages spécialisés, les besoins d'information des pays en développement ne sont pas satisfaits. Pour y répondre, on met au point une technologie qui devrait permettre un accès universel à l'information par Internet et faciliter l'enseignement à distance, en rapprochant les élèves et les enseignants dans le temps, mais non dans l'espace. Au niveau local, des ordinateurs portables sont utilisés pour effectuer des enquêtes rapides, ce qui permet de proposer des informations sur la santé des populations en quelques semaines là où auparavant il fallait des années parfois. Enfin, de nouvelles méthodes sont mises au point pour obtenir des données sur les personnes au moyen d'échantillons de salive et non de sang pour mesurer la présence d'antigènes pathogènes (notamment le VIH/SIDA, la rubéole, la rougeole, la schistosomiase et la leptospirose), ainsi que la présence de médicaments ou de drogues. Toutes ces technologies sont particulièrement utiles pour les pays en développement et sont des domaines prioritaires pour le transfert de technologie entre l'UCLA ou d'autres universités et les professionnels de la santé publique travaillant souvent dans des régions isolées.

L'impact de la mise en oeuvre de programmes en collaboration. Le **Dr Donald Morisky, Vice-Président du Département des Sciences de la Santé communautaire,** a fait observer que de nombreuses organisations à vocation sanitaire locales, nationales et internationales sont de plus en plus intéressées par les possibilités de collaboration en matière de recherche ou de formation entre organisations de services à vocation communautaire et universitaire. C'est grâce à de tels efforts de collaboration que des programmes nationaux sont très vite devenus des chefs de file internationaux dans les programmes d'éradication de la variole, du paludisme ou de la poliomyélite. Les programmes de recherche sur les services de santé locaux se sont également taillé une réputation internationale; c'est le

cas du projet de lutte contre les risques cardio-vasculaires de Carélie du Nord ou du programme de santé cardiaque de Stanford. La conception et la réalisation de trois efforts concertés dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA, de la réduction des risques cardio-vasculaires et de la lutte antituberculeuse ont été examinées, de même que les possibilités d'en élargir l'impact et les résultats. Dans chacun de ces projets, le concept essentiel était l'engagement actif de tous les participants à la conception, la planification et l'exécution du programme dès le départ. Les possibilités d'organisation, de renforcement du potentiel et d'établissement d'alliances deviendront des éléments importants pour assurer le renforcement, la continuité et la créativité des efforts élargis des divers programmes.

10. TABLE RONDE : DÉBATS ET EXPOSÉS DES REPRÉSENTANTS DES UNIVERSITÉS

Le **Dr Mohammed El-Amin Abdel-Fattah, Doyen de l'Institut supérieur de la Santé publique, Université d'Alexandrie (Egypte),** a résumé brièvement l'historique et le rôle de l'Institut. Un grand nombre de membres du corps enseignant ont participé à la réforme du secteur de la santé avec le Ministère de la Santé égyptien, tout comme dans plusieurs pays du monde arabe et du Moyen-Orient. Parmi les autres thèmes abordés, qui figurent dans le résumé donné à l'annexe 3, le Dr Abdel-Fattah a considéré que, pour ce qui est du développement sanitaire communautaire, il serait utile d'effectuer des enquêtes pour pouvoir disposer de données de base solides sur la façon dont les centres de santé sont utilisés, puisque l'on ne dispose pour l'instant d'aucune information complète sur cette question. Il serait par ailleurs particulièrement utile également d'étudier de plus près le programme du Ministère de la Santé publique reposant sur le télé-enseignement.

Le **Dr Ascobat Gani, Doyen de la Faculté de Santé publique de l'Université d'Indonésie, Depok (Indonésie),** a mis l'accent sur les changements qui avaient déjà été apportés au système de santé en Indonésie. Il pense que les universités peuvent jouer trois rôles, à savoir : a) l'éducation et la formation nécessaires à la production de ressources humaines; b) la recherche; et c) l'assistance technique. La question critique concerne la façon de lier et d'adapter les programmes d'études des professionnels de santé aux modifications dynamiques qui s'imposent dans le système des soins de santé. Un résumé plus complet figure à l'annexe 4.

Le **Professeur W. Pick, Ecole de Médecine, Université de Witwatersrand, Johannesburg (Afrique du Sud),** a rappelé les facteurs historiques qui ont déterminé la situation de transition actuelle en Afrique du Sud et la façon dont les établissements de formation y faisaient face. Il existe très peu d'établissements chargés du travail de fond, par exemple il n'existe pas de planification des ressources humaines et les possibilités de coopération dans ce domaine comme dans d'autres sont donc énormes. Il serait également nécessaire d'élargir le concept de transfert de technologie et de pouvoir utiliser le savoir-faire pour apporter des améliorations à la santé de la population. Un résumé plus complet de son intervention figure à l'annexe 6.

Le **Dr Robert Bailey, Professeur au Département d'Epidémiologie et de Biostatistique, Ecole de Santé publique, Université de l'Illinois à Chicago (UIC),** a abordé les questions de la diversité des communautés, les questions socio-économiques et celles de l'accès aux soins de santé. Il importe d'assurer une formation aux techniques de direction pour permettre une collaboration entre les diverses professions et l'établissement de partenariats avec les pouvoirs publics, les entreprises, les écoles, les groupes religieux, les universités, etc., dans le cadre de stratégies de prévention. L'UIC a une grande expérience dans ce domaine, sachant comment promouvoir des relations solides avec divers groupes et travailler avec les communautés pour définir leurs problèmes; elle a, par exemple, participé activement à l'élaboration d'un projet concerté en Afrique du Sud.

M. Joseph Hafey, Directeur exécutif, Western Consortium for Public Health, Sacramento, Californie, a fait observer que des fonds étaient nécessaires si l'on voulait accroître la collaboration entre les pays en développement et les universités. Il convient de rechercher des mesures d'incitation à cet égard et aussi d'encourager les donateurs à s'engager davantage. La communauté universitaire doit faire un bilan de ce qu'elle sait faire et de ce qu'elle sait moins bien faire, par exemple son point faible est parfois la formation continue par rapport à la formation de base. De même, les projets de collaboration entre universités sont encore trop peu nombreux.

Le **Dr Allen Rosenfield, Doyen de l'Ecole de Santé publique, Columbia University,** a insisté sur l'importance de la sensibilité culturelle; trop souvent, les cours sont axés sur les problèmes rencontrés aux Etats-Unis d'Amérique et non sur les problèmes rencontrés dans les pays d'origine des étudiants étrangers. Il suggère à titre de priorité de tenter de mettre en place des projets de prévention de la mortalité maternelle. La seule façon de s'attaquer à ce problème consiste à encourager les femmes à s'adresser aux centres de premier recours dans les zones rurales. A cet égard, on pourrait se demander comment les pays appliquent les recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994) lorsqu'ils ne disposent que de ressources limitées.

Un comité international de l'American Association of Schools of Public Health a pour mandat de travailler plus efficacement avec les écoles de santé publique d'autres pays et l'Association souhaiterait accorder davantage d'importance au renforcement de ces écoles; la présente initiative constitue un moyen de faciliter cette action.

Le Dr Reed Tuckson, Président, Charles Drew University, a confirmé que son université travaillait en étroite collaboration avec l'UCLA. Il a parlé des traumatismes, de la violence et du cortège de décès évitables auxquels l'hôpital universitaire assiste chaque jour. La mission fondamentale de la Drew University consiste à former la prochaine génération de médecins afin

qu'elle se mette au service de la population mal desservie. Le Dr Tuckson, revenant aux objectifs principaux de la réunion, a suggéré de faire comprendre aux plus nantis que si la bonne volonté ne se traduit pas par des actes, il existe un risque réel de voir grandir les inégalités et l'injustice sociale. Le développement humain passe par une mise en commun des compétences. Il serait également important de bien comprendre le rôle du secteur privé et d'envisager des partenariats public/privé dans les pays concernés, ainsi que des mesures d'incitation et plus particulièrement celles qui pourraient être prévues par la loi. Il est important qu'il existe une planification à base communautaire adaptée au plan culturel, de même qu'il est important de savoir écouter.

Le Dr Julia Walsh, Professeur adjoint, Santé maternelle et infantile et Santé internationale, Ecole de Santé publique, Université de Californie, Berkeley, a estimé que les objectifs de la collaboration proposée faisaient appel à un large éventail de disciplines. Elle a expliqué que son université était très attachée à relever une partie de ces défis et souhaiterait faire davantage dans certains domaines de la santé internationale. A cet égard, il serait important d'examiner certains modèles de participation communautaire.

Le Dr A. Amini, consultant OMS, a décrit brièvement le type de réseau qui pourrait être mis en place pour faciliter le transfert de technologie et les possibilités d'apprentissage d'une façon qui corresponde mieux aux besoins de santé réels des pays en développement. Il a également décrit brièvement le projet de collaboration OMS/universités pour le développement des carrières, qui devrait permettre à des étudiants diplômés de disciplines sanitaires et parasanitaires d'être affectés dans les pays hôtes, sous la supervision directe des représentants de l'OMS, pendant une période de six mois minimum et de deux ans maximum. Ce programme offrira aux diplômés la possibilité d'acquérir une expérience pratique, d'observer directement les problèmes de santé et offrira aux pays en développement des compétences techniques dans le domaine de la santé. Cette initiative

concertée aidera à établir un pont entre les ressources des universités et les besoins de santé réels des Etats Membres.

11. GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DE DÉFINIR DES MÉCANISMES DE COLLABORATION ENTRE L'OMS ET L'UCLA

Définition de mécanismes de collaboration entre l'OMS et l'UCLA. **Le Dr Osman Galal, Président, Comité de la Santé internationale,** a décrit les mécanismes qui pourraient permettre d'établir une collaboration efficace entre l'OMS et l'UCLA et qui accéléreraient la participation d'institutions bilatérales et multilatérales, d'autres universités, de fondations, d'ONG, et du secteur privé à cet effort concerté. Cette collaboration permettrait de rassembler des compétences en matière de formation, d'enseignement, de recherche ou des compétences nouvelles et de donner accès à des crédits et de traiter les priorités de chaque pays. Il a présenté un modèle de financement éventuel par le biais duquel l'OMS et l'UCLA pourraient faciliter la réalisation de ces objectifs.

En débattant de la méthode à suivre pour définir un nouveau modèle de collaboration à un plus haut niveau, le groupe a retenu surtout le principe du partenariat pour répondre aux objectifs communs. Certaines questions ont retenu l'attention à cet égard : la nécessité d'un changement; le renforcement des institutions et la pérennité du partenariat; le renforcement du potentiel; la recherche sur les services de santé pour soutenir la réforme du secteur de la santé, y compris les partenariats public/privé et la question plus large concernant l'assurance-maladie; la coopération technique; la mobilisation des compétences et des ressources; le transfert de technologies, etc. A l'issue d'un échange de vues sur ces questions, le groupe a conclu ce qui suit :

Conclusion

1) Tous les participants sont tombés d'accord sur le principe de la création d'un cadre de collaboration à l'appui du développement sanitaire dans les pays en développement.

2) Le partenariat/l'alliance se ferait entre :

   a) L'OMS
   b) Les universités
   c) Les gouvernements
   d) D'autres organismes bilatéraux ou multilatéraux
   e) Le secteur privé
   f) Les ONG

3) Dans un délai de deux mois, un groupe de travail sera chargé d'élaborer un mandat visant à définir :

   a) les domaines/questions prioritaires à traiter dans le cadre d'activités concertées;
   b) un mécanisme de collaboration.

4) Le Dr A. Amini, consultant OMS, et le Dr Osman Galal, Président du Comité de la Santé internationale de l'UCLA, constitueront le secrétariat de l'alliance, chargé du suivi de l'accord/consensus auquel aura donné lieu la réunion.

12. CLÔTURE

Le Dr Kawaguchi a exprimé, au nom de l'OMS, ses remerciements à tous les participants, soulignant l'importance du processus de consultation et de mise en commun des expériences avec tous les partenaires. La situation de pénurie de ressources risque de se poursuivre, mais cette initiative devrait avoir un résultat positif, à mesure que la collaboration en partenariat gagnera en efficacité. Il a adressé des remerciements tout particuliers aux représentants des gouvernements et des institutions des trois pays invités, ainsi qu'à M. le Doyen Afifi et à ses collègues de l'Ecole de Santé publique de l'UCLA, qui ont accueilli la réunion conjointe. L'OMS espère sincèrement que grâce à cette collaboration, il sera possible d'améliorer de façon significative l'état de santé de la population d'ici à l'aube du siècle prochain.

M. Afifi a également adressé ses remerciements à toutes les personnes présentes à la réunion, et en particulier au Dr Kawaguchi, qui a eu l'idée originale de ce projet. Son idée a été concrétisée et c'est à présent à tous qu'incombe la tâche collective de lui faire porter ses fruits. Il a remercié tous les participants, sachant combien il leur avait été difficile de se libérer, ayant tous un emploi du temps très chargé. Enfin, il a chaleureusement remercié tous les membres du corps enseignant de l'UCLA ainsi que les nombreux étudiants diplômés qui ont contribué au bon déroulement de la réunion.

ANNEXE 1

LES INITIATIVES DE L'OMS EN FAVEUR D'UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

Dr Yuji Kawaguchi, Directeur de la Division des Affaires interinstitutions, OMS, Genève

RÉSUMÉ DE LA PRÉSENTATION DU DR KAWAGUCHI

Au cours de ces deux dernières années en particulier, l'Organisation mondiale de la Santé s'est employée à forger des partenariats plus solides avec des organisations intergouvernementales, à l'intérieur et à l'extérieur du système des Nations Unies, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales et d'autres éléments de la société civile. La Division des Affaires interinstitutions, qui est le point focal à l'Organisation pour la collaboration avec les partenaires extérieurs, a conduit et développé ces actions. Les objectifs de cette orientation politique sont les suivants :

- placer et maintenir la santé au centre du développement national et de la coopération régionale et mondiale;
- assurer la complémentarité et la rentabilité dans l'affectation et l'utilisation des ressources pour la santé par toutes les parties concernées;
- promouvoir la mise en place d'alliances stratégiques avec ces organisations intergouvernementales et d'autres institutions importantes pour répondre aux besoins de santé des Etats Membres;
- contribuer à la mise en valeur du potentiel des pays en développement.

La Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a salué, en mai 1996, les mesures prospectives prises par l'OMS pour renforcer les relations actuelles, ou en nouer de nouvelles, avec les organisations intergouvernementales oeuvrant dans le domaine de la santé et les domaines connexes, ainsi que les mesures importantes prises pour développer le nouveau partenariat de l'OMS avec la Banque mondiale et définir des dispositions permettant d'associer les compétences techniques et les ressources financières complémentaires des deux organisations.

L'Assemblée mondiale de la Santé, constituée de représentants de haut niveau des 190 Etats Membres, s'est également félicitée "des progrès accomplis aux niveaux mondial, régional et national pour appliquer la politique de l'OMS consistant à former ou renforcer des partenariats dans le cadre de la réforme actuelle du système des Nations Unies et avec différents éléments de la société civile pour placer la santé au centre du développement".

L'Assemblée a demandé instamment aux Etats Membres de jouer, avec l'OMS, un rôle actif de coordination avec les partenaires extérieurs pour le développement sanitaire, de faire de la santé un élément central du développement national et de veiller au renforcement des capacités pour l'amélioration de la santé et le développement global.

Dans la même résolution, l'Assemblée a demandé à la communauté internationale, et notamment aux organismes de développement et à la société civile, de conjuguer leurs efforts pour poursuivre la politique de collaboration de l'OMS avec les partenaires pour le développement sanitaire et de mobiliser les ressources techniques et financières supplémentaires qui seront nécessaires.

Des ressources financières, essentiellement sous forme de prêts, sont dépensées chaque année au niveau mondial par les organismes de développement multilatéraux en faveur des secteurs sociaux (éducation, santé, nutrition et population), ainsi que pour l'approvisionnement en eau et

l'assainissement, et le développement urbain. En 1994, ces sommes se sont élevées à près de US $7 300 millions. Malgré cela, les écarts dans la situation sanitaire des habitants des pays en développement vont croissant et les variations entre régions sont considérables. Si l'on observe un niveau important de développement économique et une amélioration de la vie des gens dans certaines régions d'Asie et du Pacifique, et si des tendances semblables semblent se dessiner en Amérique latine, beaucoup de pays, en particulier en Afrique, échappent encore dans une large mesure au processus de développement. Le Dr Kawaguchi a souligné qu'il était désormais largement admis qu'il n'était pas suffisant de poursuivre les mêmes politiques et qu'il fallait pouvoir mettre en place de nouveaux mécanismes garantissant que l'ensemble des partenaires soient d'accord sur les priorités, partagent les mêmes objectifs et oeuvrent ensemble, sur la base d'un total partenariat, à élever le niveau de santé de la population jusqu'à un niveau acceptable, qui puisse être considéré comme valable à l'aube du XXIe siècle.

C'est en cela que la présente réunion représente une étape importante : sur la base de l'expérience acquise par les participants dans le cadre de programmes sanitaires nationaux et internationaux, des propositions seront faites aux vues d'élaborer un cadre de collaboration entre les gouvernements, les universités, les organisations bilatérales et multilatérales, les organisations non gouvernementales et le secteur privé, et cela afin de guider une action complémentaire efficace de l'ensemble des partenaires. L'Organisation mondiale de la Santé est appelée à jouer, à cet égard, un rôle important, grâce à son réseau mondial, régional et de pays, guidée par les politiques de santé internationales émanant des organes directeurs de l'Organisation.

ANNEXE 2

ACTIVITÉS DE COLLABORATION AU NIVEAU NATIONAL ET INTERNATIONAL : SITUATION ET EXPÉRIENCE DES PAYS - EGYPTE

Professeur Ismail Sallam, Ministre de la Santé et de la Population, le Caire, Egypte

RÉSUMÉ

Le Professeur Sallam a souligné l'importance d'une coopération entre les différents organismes de développement et les universités afin de tirer le meilleur parti des ressources disponibles. La situation en Egypte est la suivante :

1. CONTRAINTES ACTUELLES AUXQUELLES SONT CONFRONTÉS LES SERVICES DE SANTÉ EN EGYPTE :

Le taux de croissance démographique élevé, la qualité du personnel, la détérioration des infrastructures matérielles, les bas salaires, le manque de confiance dans les services de santé publique, des systèmes de gestion médiocres, le manque de crédits.

2. LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ :

Les grands axes :

2.1 Au niveau politique

Sensibilisation à la nécessité de la réforme; subventions réservées aux plus démunis; élargissement de l'assurance-maladie; amélioration continue de la qualité; privatisation; nouvelle définition du rôle du Ministère de la Santé et de la Population.

2.2. Le système de prestation de soins de santé

Encourager les partenariats public-privé; mettre un terme à la construction de nouveaux hôpitaux lorsqu'elle n'est pas nécessaire; privilégier les soins de santé primaires; encourager la participation communautaire; maîtriser les coûts; promouvoir l'équité sociale; orienter les services vers le client (les services actuels ne parviennent pas jusqu'aux habitants des villages).

2.3 Nouveaux programmes destinés à étayer le processus de réforme

Mise en valeur des ressources humaines; recherche sur les systèmes - une recherche au niveau communautaire est nécessaire, par exemple pour appliquer les résultats de la recherche au niveau où sont dispensés les soins de santé primaires; redéploiement des ressources humaines; assurance de la qualité; planification à partir de la base.

2.4 Développement organisationnel

Approche systémique; gestion par l'information; nouvelle administration centrale pour la gestion de la qualité; amélioration de l'efficience et de l'efficacité; stratégie de décentralisation (il est actuellement très difficile de décentraliser faute de services au niveau local. Des efforts sont donc faits pour impliquer les dirigeants sensibles aux besoins de la communauté et à l'importance de la participation communautaire); planification stratégique contre planification pratique; coordination intersectorielle; développement des institutions; renforcement du potentiel au niveau central comme au niveau des gouvernorats.

2.5 Les priorités de la réforme du secteur de la santé

Renforcer les moyens institutionnels du Ministère de la Santé et de la Population; restructurer le système d'assurance-maladie; mettre en place un système de gestion de la qualité totale; démarrer un processus de privatisation; améliorer la qualité et accroître l'accessibilité des soins de santé primaires.

3. PRIORITÉS PROPOSÉES POUR LA COLLABORATION

3.1 Services de santé préventifs

- Soutien et utilisation des systèmes d'information sanitaire
- Etablissement d'un système de surveillance
- Mise en valeur des ressources humaines
- Appui à la recherche
- Soins de santé primaires (l'approvisionnement en eau est considéré comme la priorité numéro un)
- Intégration des services de santé
- Participation communautaire aux programmes d'éducation sanitaire
- Soutien aux services de laboratoire pour la santé publique

3.2 Services de santé curatifs

- Améliorer le système de soins de santé
- Redynamiser des institutions existantes
  - Soutien financier
  - Assistance technique
  - Mise au point de projets
  - Formation

En conclusion, le Professeur Sallam a souligné l'importance d'un enrichissement des connaissances scientifiques et d'une coopération de tous les établissements compétents en vue de mener des recherches et d'en appliquer les résultats pour améliorer la vie de chacun. D'autre part, en Egypte, on s'efforce de mettre en place des mesures d'incitation (augmentations de salaires, logement) afin d'encourager les agents de santé à travailler en milieu rural.

ANNEXE 3

INSTITUT SUPÉRIEUR DE SANTÉ PUBLIQUE, UNIVERSITÉ D'ALEXANDRIE, EGYPTE

Dr Mohammad El-Amin Abdel-Fattah, Doyen, Institut supérieur de Santé publique, Alexandrie, Egypte

RÉSUMÉ

L'Institut, fondé en 1956, est la seule école de santé publique d'Egypte et la principale école de santé publique du monde arabe et du Moyen-Orient. Elle a pour vocation d'appuyer le processus de développement sanitaire en Egypte, dans le monde arabe et dans la région du Moyen-Orient à travers un triple rôle, à savoir :

- le développement des ressources humaines pour la santé - programmes diplômants ou non diplômants;
- la conduite d'une recherche sur les systèmes de santé et en épidémiologie appliquée orientée sur l'action;
- la mise en oeuvre de programmes de développement de la santé communautaire.

Programmes d'enseignement et de formation

L'Institut propose plusieurs programmes sanctionnés par des titres en santé publique :

- diplôme, maîtrise et doctorat;
- 23 domaines de spécialisation, ainsi que des programmes spéciaux sanctionnés ou non par des diplômes.

Entre 1991 et 1996, 208 étudiants étrangers ont été inscrits à l'Institut.

Depuis 1958, l'Institut a formé en moyenne 92 diplômés par an, comme indiqué ci-après :

Département	Diplôme S.H.	Maîtrise S.P.	Doctorat S.P.	Total
Epidémiologie	191	23	24	238
Biostatistique	125	52	20	197
Administration sanitaire et science comportementales	358	75	22	455
Santé de la famille	546	98	56	700
Nutrition	248	106	20	374
Médecine tropicale	306	103	48	457
Microbiologie	296	118	28	442
Salubrité de l'environnement	239	74	28	341
Médecine du travail	118	48	14	180
Total	**2427**	**697**	**260**	**3384**

Relations avec les organisations nationales :

- Ministère de la Santé et de la Population : à l'origine, l'Institut a été fondé par le Ministère de la Santé pour appuyer le processus de développement sanitaire national. Plus de 50 % des étudiants de l'Institut sont des boursiers du Ministère. Les installations du Ministère sont utilisées de façon intensive pour la formation pratique. De nombreux membres du personnel de l'Institut participent aux activités du Ministère en tant que membres de comités permanents ou temporaires. Inversement, un grand nombre de hauts fonctionnaires du Ministère participent à la formation et aux activités de recherche de l'Institut. En outre, le Ministère est représenté au Conseil d'administration de l'Institut par l'un de ses sous-secrétaires. Le Ministère a fourni une aide financière de nature à permettre à l'Institut de créer son laboratoire central de santé publique et l'a agréé comme laboratoire de référence.

Récemment, deux nouveaux programmes d'enseignement ont été mis au point à l'issue d'une coopération fructueuse entre l'Institut et le Ministère :

- le programme de développement des compétences directionnelles, en collaboration avec le bureau régional OMS de la Méditerranée orientale;
- le programme de formation en épidémiologie de terrain, en collaboration avec l'AID des Etats-Unis d'Amérique et les CDC d'Atlanta, Etats-Unis d'Amérique.

■ Autres organisations : l'Organisation de l'Assurance-Maladie; l'Académie de la Technologie et de la Recherche scientifiques; le Syndicat médical égyptien; des entreprises; le Ministère de l'Education; le Fonds social pour le Développement; l'Agence égyptienne pour les Questions touchant à l'Environnement; l'Organisme de Purification de l'Eau; l'Organisme d'Assainissement.

Relations avec des organisations internationales :

■ OMS - les relations entre l'Institut et l'OMS remontent à 1956, date à laquelle l'OMS a accordé plusieurs bourses d'études pour participer à la formation des membres du corps enseignant de l'Institut. Ces bourses d'études ont été accordées plusieurs années de suite. Actuellement, l'OMS continue d'accorder des bourses d'études de courte durée pour permettre aux plus jeunes membres du corps enseignant de se former. L'OMS propose également des bourses d'études post-universitaires chaque année à des candidats de pays de la Méditerranée orientale désireux de suivre leurs études à l'Institut. Elle parraine également des bourses d'études pour des cours de formation de brève durée. En outre, l'OMS et l'Institut collaborent dans les domaines de la recherche et du développement de la santé communautaire. Le nouveau programme de développement des compétences directionnelles sanctionné par un diplôme est issu des efforts concertés de l'Institut et de l'OMS.

- UNICEF - l'Institut a établi de solides relations professionnelles avec l'UNICEF. Parmi les domaines de coopération figurent la recherche sur les systèmes de santé orientée sur l'action et les programmes de développement communautaire.
- Autres organisations : PNUD; AID des Etats-Unis d'Amérique; Commission Fulbright; Namro 3; IDRC du Canada; USNIOSH.

ANNEXE 4

COLLABORATION ENTRE LE GOUVERNEMENT, L'OMS ET LES UNIVERSITÉS - EXPÉRIENCES MENÉES EN INDONÉSIE

Dr Agus Suwandono, Chef, Centre pour les Services/Systèmes de Santé, Recherche et Développement, Institut national du Développement de la Recherche en Santé, Surabaya, Indonésie, et Dr Ascobat Gani, Doyen, Faculté de Santé publique, Université d'Indonésie, Depok, Indonésie

RÉSUMÉ

1. PRINCIPAUX PROBLÈMES ET DÉFIS DU DÉVELOPPEMENT SANITAIRE EN INDONÉSIE

Le secteur de la santé a beaucoup évolué en Indonésie depuis 25 ans, comme en témoignent la mise en place d'importantes infrastructures de services de santé, l'amélioration de la couverture des programmes de santé publique et une réduction non négligeable de la morbidité et de la mortalité. Néanmoins, les indicateurs sanitaires sont encore nettement en retard sur ceux de pays voisins d'Asie du Sud-Est, et notamment la Thaïlande, la Malaisie et les Philippines. Par exemple, le taux actuel de mortalité infantile en Indonésie est comparable aux taux enregistrés en Malaisie en 1964, en Thaïlande en 1975 et aux Philippines en 1978. On trouvera ci-après une description des principaux problèmes et des grandes réformes entreprises dans le système de santé.

L'un des problèmes importants du développement sanitaire en Indonésie est celui de la transition épidémiologique. Les tableaux de morbidité ainsi que les causes de décès ont évolué; il s'agissait auparavant essentiellement de maladies infectieuses (liées à la pauvreté et au manque d'hygiène), alors

qu'il s'agit désormais davantage de maladies non infectieuses, y compris les maladies cardio-vasculaires et dégénératives, et d'accidents. Pendant cette transition, le pays doit supporter un double fardeau pour le développement sanitaire et le financement de la santé. D'un côté, les maladies infectieuses qui touchent un grand nombre de gens (généralement les populations pauvres et les populations vivant en milieu rural) demandent des infrastructures sanitaires de grande envergure. De l'autre côté, les maladies cardio-vasculaires ou les maladies chroniques dégénératives sont en progression notable. Si le nombre de cas reste encore relativement peu élevé, ils exigent une hospitalisation et le recours à des spécialistes dont le coût est plus élevé que pour les maladies infectieuses. La tuberculose est devenue la deuxième cause de décès après les maladies cardio-vasculaires. Il conviendrait d'effectuer davantage de recherches pour expliquer ce phénomène, car l'hypothèse selon laquelle la recrudescence de la tuberculose est liée à l'épidémie de VIH/SIDA n'est apparemment pas valable pour l'Indonésie, puisque la prévalence et l'incidence du VIH/SIDA y sont encore relativement faibles.

La transition, alliée à la limitation des ressources sanitaires, a rendu nécessaire un processus plus strict d'établissement des priorités et un dosage optimal des interventions. Les priorités sont généralement définies au moyen de certains critères tels que l'ampleur et la gravité des problèmes ou les technologies disponibles. Mais la sélection des problèmes de santé considérés comme prioritaires est aussi fonction des ressources disponibles, et parfois même de l'importance que leur accordent les donateurs.

2. PARTENARIAT ENTRE LES UNIVERSITÉS, LE GOUVERNEMENT ET LES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Compte tenu des problèmes et des défis que présente pour le système de santé indonésien la réponse à ces problèmes, on considère essentiellement que l'université a trois principales fonctions : 1) la formation des ressources humaines nécessaires; 2) la recherche; et 3) l'assistance technique. Le problème clef dans l'enseignement médical consiste à relier et à faire

correspondre les programmes d'études avec l'évolution dynamique du système de santé. Un consortium des sciences de la santé a été créé pour assurer la pertinence de l'enseignement médical.

Il existe en Indonésie cinq écoles de santé publique d'Etat. Un programme de six ans,démarré en 1982 et soutenu par une université des Etats-Unis d'Amérique, une agence d'aide au développement et l'OMS, et dont l'objectif était d'élaborer des modules destinés à la formation du personnel de santé de province et de district en matière de planification sanitaire globale, est un exemple de collaboration internationale.

En ce qui concerne le renforcement de l'administration des districts, des mesures d'incitation ont été offertes, et un programme de formation du niveau de la maîtrise a été proposé aux administrateurs de santé de district et à leur personnel. Un programme de télé-enseignement est également à l'étude.

Le développement des capacités de recherche et la recherche sur les systèmes de santé ont également été privilégiés. Mais l'université a également pour rôle de fournir une assistance technique aux pouvoirs publics et aux activités interpays de l'OMS.

2.1 Appui au renforcement des capacités nationales

La mise en valeur des ressources humaines est au coeur de cette question. Plusieurs réformes en cours - évaluation des priorités, financement, décentralisation, promotion du secteur privé, etc. - exigeront le recours à un plus grand nombre de professionnels à tous les niveaux du système de santé pour que la réforme puisse être appliquée. L'expérience indonésienne a également montré que l'OMS pouvait jouer un rôle important dans l'établissement d'une collaboration mutuelle ou d'un partenariat entre universités et pouvoirs publics, et la collaboration peut également être étendue à des universités d'autres pays. Un appui accordé à l'Association des Ecoles de Santé publique, par exemple, permettrait aux écoles de se réunir régulièrement pour passer en revue et adapter leurs programmes d'études

de façon à ce qu'ils correspondent mieux aux besoins du pays. Une aide similaire pourrait être apportée aux associations de professionnels de la santé telles que les associations de médecins, d'infirmières ou de santé publique, etc.

2.2 Soutien à la collaboration régionale

L'OMS pourrait également contribuer au maillage des universités au niveau régional. Pour les régions de l'Asie et du Pacifique, il existe l'Asia Pacific Consortium of Public Health (APACPH), où sont représentées les écoles de santé publique des pays suivants : Australie, Chine, Etats-Unis d'Amérique, Indonésie, Japon, Laos, Malaisie, Népal, Philippines, Sri Lanka, Thaïlande et Viet Nam. L'APACPH offre une excellente tribune pour un dialogue entre pays de la région sur les problèmes communs du moment.

2.3 Assistance technique

Les experts du développement du secteur de la santé acquièrent de plus en plus d'importance. Les experts d'un pays dans des domaines tels que l'analyse des tendances en matière de santé, l'amélioration de la qualité, la décentralisation, la réforme du financement du secteur de la santé, l'association public/privé, etc. pourraient faciliter le développement et la réforme du secteur de la santé dans d'autres pays.

Cette coopération technique pourrait également être utile en ce qui concerne la réforme de l'enseignement médical et de la santé publique. L'assistance technique ne doit pas être limitée à un seul pays; la collaboration interpays des universités devrait être également encouragée.

ANNEXE 5

LES PRIORITÉS SANITAIRES EN AFRIQUE DU SUD

Dr Yogan Pillay, Directeur, Services nationaux de Santé, Département de la Santé, Le Cap, Afrique du Sud

RÉSUMÉ

1. HISTORIQUE DES PROBLÈMES

Le Gouvernement actuel a hérité d'une multitude de systèmes de santé. En dehors des secteurs public et privé, il existait des départements de la santé pour chacun des "homelands" et territoires autonomes, et pour les trois chambres du système parlementaire. Au total, on dénombrait 14 départements de la santé (chacun doté de son propre ministère de la santé). En outre, de nombreuses municipalités dispensent des services de santé sous une forme ou sous une autre . Cela s'est toujours traduit par une fragmentation nette des services et par des doubles emplois, et c'est encore en partie le cas aujourd'hui.

Les disparités du secteur de la santé ne font que refléter celles de la société sud-africaine. L'Afrique du Sud est classée par la Banque mondiale comme un pays à revenu intermédiaire, avec un produit national brut par habitant estimé à US $2670. Or, cet indice de richesse est trompeur car la distribution de la richesse (et donc de la pauvreté) témoigne de fortes disparités raciales. Les ménages blancs gagnent en moyenne 5,2 fois plus que les ménages africains. On estime également que la moitié des ménages du pays vivent au-dessous du seuil de pauvreté - ils se composent de 67 % d'Africains, 38 % de Métis, 18 % d'Indiens, et 6,7 % de Blancs. Enfin, la pauvreté est plus grande dans les zones rurales que dans les zones urbaines : à titre d'exemple, 73 % des ménages africains en zone rurale sont considérés comme pauvres.

L'existence d'un système de santé à deux vitesses (secteur public et secteur privé) est bien connue en Afrique du Sud. Tandis que 75,7 % des Africains (ce chiffre passe à 82,4 % en milieu rural) font appel au secteur de santé

publique, 83,9 % des Blancs et 84,1 % des Indiens ont recours aux services du secteur privé. Le secteur privé emploie par ailleurs un pourcentage important du personnel de santé, en particulier des médecins généralistes (62 %), des médecins spécialistes (66 %), des dentistes (93 %), et des pharmaciens (89 %). Etant donné que le secteur public dispense des soins à la majorité de la population (environ 77 %) et que la majorité des dispensateurs de soins des catégories susmentionnées appartiennent au secteur privé, il n'est pas surprenant que le secteur public souffre d'une pénurie importante de ressources. Cela ne fait qu'accroître la charge de travail des professionnels de la santé relativement peu nombreux (en dehors des infirmières) à travailler dans le secteur public.

Le secteur public de la santé est également en proie à d'autres problèmes. Les services ont été orientés davantage sur la prestation de soins curatifs et hospitaliers. On estime que 76 % des dépenses totales de fonctionnement en 1992-1993 ont été consacrées aux hôpitaux de soins aigus. Tandis que les hôpitaux tertiaires (y compris les hôpitaux universitaires) représentaient 44 % du total des dépenses de fonctionnement, les services de soins de santé primaires en constituaient 11 %.

Compte tenu des pénuries qui ont, de tout temps, caractérisé les soins de santé primaires, il n'est pas surprenant que les soins de santé ne soient pas accessibles à tous les Sud-Africains. Environ 33 % des Africains vivant en milieu rural habitent à plus d'une heure de trajet du centre de santé le plus proche tandis que 24 % habitent à 15 minutes d'un centre de santé. De plus, 70,3 % des Africains (73,8 % en milieu rural) doivent attendre une heure ou plus pour consulter un agent de santé, alors qu'environ 18 % doivent attendre de 4 à 5 heures.

2. PRINCIPALES STRATÉGIES ADOPTÉES POUR RÉSOUDRE LES PROBLÈMES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Compte tenu des inégalités structurelles qui caractérisent la société sud-africaine en général et le secteur de la santé en particulier, il est évident que les solutions toutes faites et les remèdes miracles n'existent pas. Le système

de santé en vigueur a un grand nombre de défauts et les tentatives faites pour y remédier doivent être réfléchies, appliquées avec prudence et soigneusement évaluées. En tentant de résoudre le problème, le Département de la Santé s'est inspiré pour nombre de ses stratégies du Government of National Unity's Reconstruction and Development Programme (RDP). Cet effort a été jugé indispensable étant donné que l'amélioration de l'état de santé des Sud-Africains dépendra de l'amélioration des conditions socio-économiques autant que des améliorations du système de santé lui-même. La politique du Département de la Santé repose donc sur les principes du RDP suivants :

- le secteur de la santé doit jouer un rôle dans la promotion de l'équité en mettant sur pied un système de santé unique et unifié;
- le système de santé sera restructuré sur la base du système de santé de district et mettra l'accent sur les soins de santé primaires;
- les échelons nationaux, des provinces et des districts, joueront des rôles distincts mais complémentaires;
- le troisième niveau de gouvernement, le secteur de santé privé et les organisations non gouvernementales et communautaires doivent travailler avec le secteur public à promouvoir des objectifs communs; et
- un ensemble intégré de services de SSP essentiels doit être proposé à tous au premier niveau de soins.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, un grand programme de construction et d'amélioration des centres de santé a été lancé en 1994. Au total, 186 nouveaux centres ont été construits, 217 autres sont en construction, 100 ont été agrandis, 73 qui ne fonctionnaient pas ont été équipés, et 2500 centres ont fait l'objet d'améliorations mineures ou d'un équipement. En outre, 4750 nouveaux postes de soins de santé primaires ont été créés. L'accent a été mis sur la création du système de santé de district; la réorientation des ressources en faveur des soins de santé primaires; l'application de la liste des médicaments essentiels; l'amélioration de la gestion

des établissements de santé, en particulier les hôpitaux; et une stratégie de mise en valeur des ressources humaines.

3. POSSIBILITÉS DE COLLABORATION

La nature et l'ampleur des problèmes énumérés ci-dessus donnent une idée des défis que devra relever le Département de la Santé en Afrique du Sud. Cette complexité est encore accrue par le nombre de professionnels de la santé, en particulier les médecins, les ergothérapeutes, les radiologues, etc., qui quittent le pays. Le drainage des cerveaux est important.

Les domaines de collaboration possibles sont les suivants :

- le financement des soins de santé;
- la promotion de la santé et la prévention;
- les systèmes d'information et de communication;
- la formation du personnel de santé (élaboration des programmes d'études, notamment pour les SSP);
- des modèles pertinents de prestation de services (pour les divers programmes, mais dans un cadre intégré et global; l'élaboration de programmes communautaires); et
- la définition de normes (notamment pour la qualité des soins) et la surveillance.

La collaboration doit être bien définie : qui fait quoi, où et comment (en précisant également les ressources disponibles), quels sont les points d'entrée et points de sortie. Enfin, le Dr Pillay a également fait observer que la collaboration sud-sud était aussi importante que la collaboration nord-sud.

ANNEXE 6

LE RÔLE DES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION DANS LA SATISFACTION DES BESOINS DE SANTÉ PRIORITAIRES EN AFRIQUE DU SUD

Professeur William M. Pick, Ecole de Médecine, Université de Witwatersrand, Johannesbourg, Afrique du Sud

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION

Si l'on considère le rôle des établissements de formation dans la satisfaction des besoins de santé prioritaires dans un cadre interinstitutionnel en Afrique du Sud, il faut prendre en compte les déterminants historiques des relations actuelles entre les établissements de formation et le système de santé.

En 1992, l'Afrique du Sud a dépensé 1,7 % de son PNB pour l'enseignement supérieur, soit l'équivalent de la moyenne pour les pays de l'OCDE. L'Afrique du Sud a la chance d'avoir un certain nombre d'établissements de formation de très haute qualité mais l'apartheid et le colonialisme ont laissé des traces sur la société, l'économie et les attitudes sud-africaines, et notamment des inégalités qui constituent un handicap majeur pour la nouvelle démocratie. La nature des établissements de formation du pays reflète d'ailleurs cet état de choses. A l'heure actuelle, on dénombre 21 universités, 15 écoles techniques et 140 établissements d'enseignement supérieur. Huit universités sont dotées d'écoles de médecine, quatre d'écoles de pharmacie et cinq de facultés dentaires. Au total, 683 776 étudiants (5,33 % des effectifs du système éducatif) étaient inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur/tertiaire en 1994. On observe également de profondes inégalités raciales et entre les sexes dans les établissements d'enseignement supérieur d'Afrique du Sud.

Compte tenu de ces profondes inégalités, les établissements d'enseignement sont appelés à subir un processus de transformation dans une société de transition. Cela constitue pour eux une occasion unique et historique de

participer au processus qui déterminera la nature de la santé en Afrique du Sud pendant de nombreuses décennies à venir. Un mouvement national s'est dessiné pour rendre les établissements de formation plus responsables à l'égard de la société dans son ensemble. Cela passe par la mobilisation des ressources intellectuelles non négligeables de l'Afrique du Sud afin d'améliorer la qualité de la vie (et de la santé) pour tous les habitants du pays. Les établissements de formation offrent d'énormes possibilités de contribuer au développement sanitaire de l'Afrique du Sud dans trois principaux domaines: i) les services de consultants, ii) la recherche et iii) la mise en valeur des ressources humaines. Cette division est un peu arbitraire puisqu'à l'évidence il y a des chevauchements entre ces trois domaines.

2. LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

L'Afrique du Sud est engagée dans un programme dynamique de réforme du secteur de la santé axé sur certaines priorités : améliorer l'efficience et l'efficacité dans l'utilisation des ressources existantes; améliorer l'accès et la qualité des services de santé, en particulier au niveau primaire; améliorer la distribution des ressources entre niveaux de soins dans le secteur public; redistribuer les ressources du secteur privé afin de les rendre plus accessibles à un segment plus large de la population; et s'efforcer de maîtriser les coûts dans le secteur privé.

■ Consultation

Dans le cadre de ce processus, le nouveau Ministre de la Santé a chargé 10 comités techniques d'aider le nouveau Gouvernement à définir la politique de santé nationale.

■ Recherche

Grâce à la recherche, les établissements de formation d'Afrique du Sud continuent d'apporter une importante contribution au processus de réforme de la santé. Ces unités de recherche sont généralement réduites et handicapées par le manque de personnel qualifié et de ressources financières.

■ Formation

Les établissements de formation participent également à la recherche sur les systèmes de santé et assument une responsabilité importante dans la production du personnel qui sera employé par le système de santé "réformé". Les compétences requises dans ce nouveau système de santé, fondé sur le district et orienté sur les soins de santé primaires, sont très différentes des compétences qu'exige le système de santé général. L'aptitude des établissements de formation à répondre à ces besoins nouveaux aura un impact déterminant sur le développement sanitaire du pays.

3. Santé de la famille

La santé de la famille est considérée comme un élément clé des soins de santé primaires en Afrique du Sud et il existe plusieurs départements de la santé de la famille dans les écoles de médecine. Toutefois, si ces départements ne sont pas soutenus par les facultés de sciences de la santé et s'ils ne deviennent pas des départements importants des facultés de médecine, leur rôle restera relativement marginal dans le développement sanitaire de l'Afrique du Sud.

4. Recherche

Les ressources seront allouées à la recherche en fonction de critères de qualité, de pertinence et dans la mesure où les travaux contribueront à redresser les déséquilibres historiques dans l'affectation des ressources consacrées à la recherche en Afrique du Sud. Il s'agit d'un nouveau moyen de mobiliser des fonds pour la recherche et les établissements de formation devront réexaminer leurs priorités de recherche pour s'assurer qu'elles sont bien conformes à la politique nationale. Le partenariat entre le secteur privé, les établissements de formation et le secteur non gouvernemental est encouragé.

5. TRANSFERT DE TECHNOLOGIE

Malgré les nombreux progrès technologiques de la société moderne, un grand nombre de techniques susceptibles d'avoir un impact majeur sur le développement sanitaire ne se traduisent pas par des applications pratiques. De même, le transfert de technologie entre pays industrialisés et moins industrialisés, et vice-versa, doit être mieux compris de façon à ce que l'on puisse optimiser l'utilisation de la technologie dans la population au niveau global. Les universités ont également un rôle essentiel à jouer dans cette entreprise intellectuelle. L'Afrique du Sud a beaucoup à apprendre du reste du monde, mais compte tenu du mélange unique qu'elle représente entre une opulence extrême dans certaines couches de la population et la présence d'un dénuement extrême dans d'autres (l'Afrique du Sud est le pays qui enregistre le coefficient de Gini le plus important (0,55)), elle offre la possibilité de mieux étudier les conséquences du transfert de technologie entre une diversité de groupes de population.

ANNEXE 7

LISTE DES PARTICIPANTS

PAYS

Egypte

Professeur Ismail Sallam, Ministre de la Santé et de la Population, Ministère de la Santé et de la Population, Le Caire.
Tel: 20 2 355 1821, Fax: 20 2 355 3966,
E-mail: isalam@idsc.gov.eg

Professeur Wagida Anwar, Conseiller auprès du Ministre de la Recherche scientifique et Directeur général des Relations extérieures dans le domaine de la Santé, Ministère de la Santé et de la Population, le Caire
Tel: 20 2 353 4462, Fax: 20 2 355 9422,
E-mail: paems_md@frcu.eun.eg

Dr Mohammed El-Amin Abdel-Fattah, Doyen, Institut supérieur de Santé publique, 165 El-Horreya Avenue El-Hadara, Alexandrie,
Tel: 20 3 421 5499, Fax: 20 3 421 8436

Indonésie

Dr Agus Suwandono, Chef, Centre pour les Services/Systèmes de Santé, Recherche et Développement, Institut national du Développement de la Recherche en Santé, Jl. Indrapura 17, Surabaya 60176,
Tel: 62 31 352 8748/22952 (ligne directe), Fax: 62 31 352 8749,
E-mail: p4k@peter.petra.ac.id

Dr Ascobat Gani, Doyen, Faculté de Santé publique, Université d'Indonésie, Kampus Baru Universitas Indonesia, Depok,
Tel: 62 21 786 3471, Fax: 62 21 786 3472

Afrique du Sud

Dr Yogan Pillay, Director, National Health Services, Department of Health, Le Cap 8000,
Tel: 27 12 312 0696, Fax: 27 12 325 8721,
E-mail: pillay@hltrsa2.pwr.gov.za

Professeur W. Pick, Medical School, University of the Witwatersrand, 7 York Road, Parktown, Johannesbourg 2000,
Tel: 27 11 647 2051, Fax: 27 11 647 2084, Telefax: 27 11 646 1661,
E-mail: 081pick@chiron.wits.ac.za

ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Banque mondiale

M. Jacques Baudouy, Chef, Division des Ressources humaines, Départment Moyen-Orient et Région Afrique du Nord, Banque mondiale, 1818 H Street, N.W., Washington, D.C. 20433, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 202 473 2525, Fax: 1 202 477 0036

UNIVERSITÉ DE CALIFORNIE, LOS ANGELES (UCLA)

Dr Abdelmonem A. Afifi,Dean, School of Public Health, Centre for Health Sciences, UCLA, Box 951772 Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 825 6381, Fax: 1 310 825 8440

International Health Committee

Dr Osman Galal,Chair, Director, International Health Programs, UCLA School of Public Health Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 206 9639, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: ogalal@ucla.edu

Dr Roger Detels, Professor, Department of Epidemiology, Director of UCLA/Fogarty International Training Programme in Epidemiology Related to HIV/AIDS, UCLA School of Public Health, Los Angeles, CA, 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 206 2837, E-mail: detels@admin.ph.ucla.edu

Dr Ralph Frerichs, Chair, Department of Epidemiology, UCLA School of Public Health, Box 951772 Los Angeles,
CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 825 3286, Fax: 1 310 825 8440
E-mail: frerichs@ucla.edu

Dr Dean Jamison (unable to attend), Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Director, UCLA Pacific Rim Studies Centre, Los Angeles,
CA 90095-1772, USA. Tel: 1 310 206 0223

Dr Charlotte Neumann, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles,
CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 825 2051, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: cneuman@ucla.edu

Dr Milton Roemer, Professor Emeritus, Department of Health Services, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles,
CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 825 6957, Fax: 1 310 825 8440

Autres enseignants

Dr Robert Bailey, Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, University of Illinois at Chicago, Chicago, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 312 996 6620, E-mail: rcbailey@uic.edu

Dr E. Richard Brown, President, American Public Health Association, Director, UCLA Center for Health Policy Research, Professor, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 825 5491, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: erbrown@ucla.edu

Dr Michel Eicher, Interim Vice Chancellor for Development, 1147 Murphy Hall, 405 Hilgard Avenue UCLA, Los Angeles, CA 90095, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 794 2300

Dr Gail Harrison, Chair, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 825 3738, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: gailh@ucla.edu

Dr John N. Hawkins Dean, UCLA International Studies and Overseas Programmes, 310 Murphy Hall, 405 Hilgard Avenue, UCLA Los Angeles, CA 90095, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 825 4921

Dr Donald Morisky Vice Chair, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772 Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 825 8508, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: dmorsky@ucla.edu

Dr Paul Torrens, Professor, Department of Health Services, UCLA School of Public Health, Box 951772 Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 825 7640, Fax: 1 310 825 8440

Autres participants

Dr Emil Berkanovic, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772 Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 825 6063, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: berkanovic@admin.ph.ucla.edu

Dr Linda Bourque, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772 Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 825 4053, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: lbourque@ucla.edu

Dr John Froines, Department of Environmental Health Sciences, UCLA School of Public Health

Dr Vay Liang Go, Professor, Department of Medicine, UCLA Center for Human Nutrition,
Tel: 1 310 794 7848, Fax: 1 310 824 5990

Dr Deborah Glik, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 206 9548, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: dglik@ucla.edu

Dr Rob J. Halbert, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 825 5081, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: halbert@ucla.edu

Dr S. Kar, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 310 825 5156, Fax: 1 310 794 1805
E-mail: kar@ucla.edu

Dr Joanne Leslie, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 794 7690, Fax: 1 310 794 1805

Dr Virginia Li, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Tel: 1 310 825 8132; Fax: 1 310 794 1805

Dr Alfred Neumann, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 825 5081, Fax: 1 310 794 1805

Dr Ruth Roemer, Department of Community Health Sciences, UCLA School of Public Health, Box 951772, Los Angeles, CA 90095-1772, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 825 6958, Fax: 1 310 825 8440

Dr Steve Rottman, Director, UCLA Prehospital Care, 924 Westwood Blvd., Los Angeles, CA 90095, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 310 794 0577, Fax: 1 310 794 0599, E-mail: rottman@ucla.edu

AUTRES UNIVERSITÉS

Mr Joseph Hafey, Executive Director, Western Consortium for Public Health, Sacramento, California, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 510 644 9300, Fax: 1 510 644 9319

Dr Donald Mattison, Dean, School of Public Health, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, Etats-Unis d'Amérique, Tel: 1 412 624 3001, E-mail: mattison@vms.cis.pitt.edu

Dr Allen Rosenfield, Dean, School of Public Health, Columbia University, Etats-Unis d'Amérique Tel: 1 212 305 3929

Mr Robert Minnis, Director, International Health Programs, Western Consortium for Public Health Santa Cruz, California, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 408 427 4965

Dr Reed Tuckson, President, Charles Drew University, Los Angeles, California, Etats-Unis d'Amérique
Tel: 1 213 563 5969

Dr Julia Walsh, Adjunct Professor, Maternal and Child Health and International Health, School of Public Health, UC Berkeley, CA 94720-7360, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 510 642 1629, Fax: 1 510 643 8236
E-mail: jwalsh@uclink4.berkeley.edu

Dr Roy Wilson, Dean, School of Medicine, Charles Drew University, Los Angeles, California, Etats-Unis d'Amérique,
Tel: 1 213 563 5969

FONDATIONS

Dr William D. Sawyer, President, China Medical Board of New York, 750 Third Avenue, 23rd Floor New York, N.Y. 10017, USA,
Tel: 1 212 682 8000, Fax: 1 212 949 8726
E-mail: 75460.452@compuserve.com

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Secrétariat de la réunion

Dr Yuji Kawaguchi, Directeur, Division des Affaires interinstitutions,
Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia 20,
CH-1211 Genève 27, Suisse,
Tel: 41 22 791 2739, Fax: 41 22 791 4843
E-mail: kawaguchiy@who.ch

Dr A. Amini, Consultant, Division des Affaires interinstitutions

Mme D. Halvorsen, Division des Affaires interinstitutions

Melle A. Prodham, Division des Affaires interinstitutions

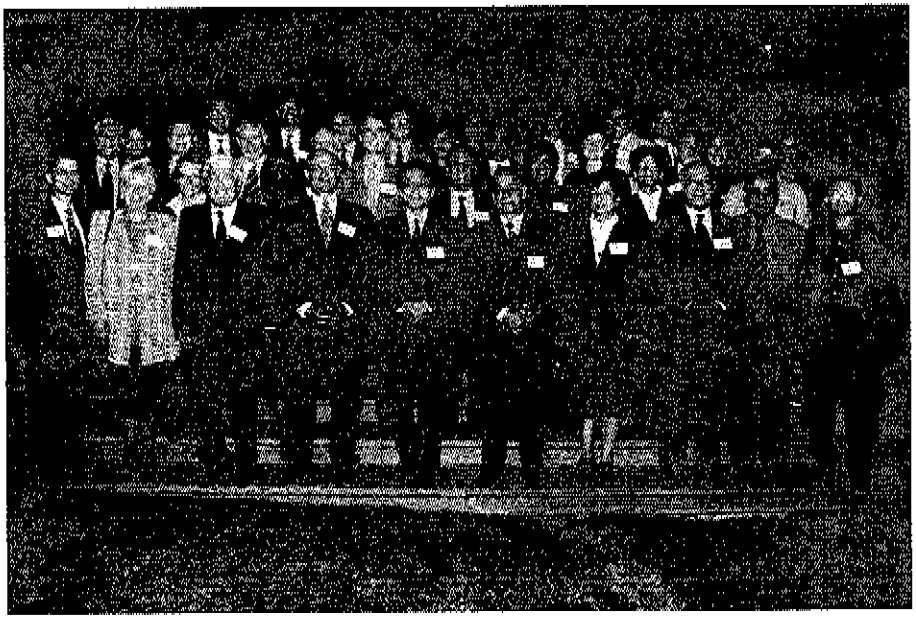

Photo de groupe prise à la Résidence officielle du Président de l'Université de Californie, Los Angeles (UCLA)

ANNEXE 8

Programme

Mercredi 13 novembre

8 h 30-9 heures	Inscription des participants
9 heures-9 h 10	*Allocution de bienvenue* **Dr Abdelmonem A. Afifi,** Doyen, Ecole de Santé publique de l'UCLA
9 h 10-9 h 20	*La santé internationale à l'UCLA* **Dr Milton Roemer,** Professeur émérite et fondateur du Programme de Santé internationale, Ecole de Santé publique de l'UCLA
9 h 20-9 h 30	*Les études internationales à l'UCLA* **Dr John N. Hawkins,** Doyen, UCLA International Studies and Overseas Programs
9 h 30-9 h 40	*Les incidences de l'action sanitaire internationale sur la politique de santé intérieure* **Dr E. Richard Brown,** Président, American Public Health Association, Professeur de Sciences de la Santé communautaire et Directeur du Centre de Recherche sur la Politique sanitaire de l'UCLA
9 h 40-10 heures	*Les stratégies mondiales de l'OMS et les initiatives en faveur d'un partenariat pour le développement sanitaire grâce à la collaboration interinstitutions* **Dr Yuji Kawaguchi,** Directeur, Division des Affaires interinstitutions, OMS

10 heures-10 h 20 PAUSE

10 h 20-12 h 20 *Activités de collaboration aux niveaux national et international : Expérience des pays*

Professeur Ismail Sallam,
Ministre de la Santé et de la Population,
Ministère de la Santé et de la Population, Egypte
Dr Agus Suwandono,
Chef, Centre pour les Services/Systèmes de Santé, Recherche et Développement,
Ministère de la Santé, Indonésie
Dr Yogan Pillay,
Directeur, Services nationaux de Santé,
Département de la Santé, Afrique du Sud
M. Jacques Baudouy,
Chef, Division des Ressources humaines,
Département Moyen-Orient et Région Afrique du Nord,
Banque mondiale

12 heures-13 h 20 DEJEUNER

Bilan de l'action des établissements de formation et de l'UCLA en réponse aux besoins de santé prioritaires des pays en développement

13 h 20-13 h 40 *Répondre aux besoins sanitaires des pays en développement*
Dr Gail Harrison, Président, Département des Sciences de la Santé communautaire, Ecole de Santé publique de l'UCLA

13 h 40-14 heures	*Nécessité de la réforme du secteur de santé dans les pays en développement* **Dr Paul Torrens,** Professeur, Services de Santé, Ecole de Santé publique de l'UCLA
14 heures-14 h 20	*Éléments essentiels de la recherche et de la formation des professionnels de santé dans les pays en développement* **Dr Roger Detels,** Professeur d'Epidémiologie et Directeur du Programme de Formation international UCLA/Fogarty en Epidémiologie liée au VIH/SIDA
14 h 20-14 h 40	Débat
14 h 40-15 heures	PAUSE
15 heures-15 h 20	*Les domaines prioritaires du transfert de technologie dans les pays en développement* **Dr Ralph Frerichs,** Président, Département d'Epidémiologie, Ecole de Santé publique de l'UCLA
15 h 20-15 h 40	*Impact de la mise en oeuvre des programmes en collaboration* **Dr Donald Morisky,** Professeur, Sciences de la Santé communautaire, Ecole de Santé publique de l'UCLA
15 h 40-17 heures	*Table ronde: débat et exposés* Représentants des organisations et universités participantes
17 h 30-19 heures	*Réception*

Jeudi 14 novembre

9 heures-10 h 30	*Groupes de travail chargés de rédiger les conclusions de la réunion* Représentants des organisations et universités participantes
10 h 30-11 heures	PAUSE
11 heures-11 h 30	*Description des mécanismes de collaboration entre l'OMS et l'UCLA* **Dr Osman Galal,** Professeur de Sciences de la Santé communautaire et Directeur, Programmes de Santé internationale, Ecole de Santé publique de l'UCLA
11 h 30-12 heures	*Discussion visant à préciser les conclusions de la réunion*
12 heures-12 h 30	*Conclusions et recommandations* **Dr Ata Amini,** Consultant, Division des Affaires interinstitutions, OMS
12 h 30-13 heures	*Remerciements* - **Dr Yuji Kawaguchi** *Clôture* - **M. le Doyen Abdelmonem Afifi**

Pour de plus ample renseignements sur la réunion et son suivi, s'adresser à:

La Division des Affaires interinstitutions
Organisation mondiale de la Santé
CH-1211 Genève 27
Suisse
Télécopie: (41 22) 791 4843
Téléphone: (41 22) 791 2739 / 2741