



CONSEIL EXECUTIF

Cinquante-cinquième session

Point 2.2 de l'ordre du jour provisoire

RAPPORT SUR LES REUNIONS DE COMITES D'EXPERTS

Rapport du Directeur général



INTRODUCTION

Conformément au paragraphe 10.6 du Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts,<sup>1</sup> le Directeur général a l'honneur de faire rapport au Conseil sur les neuf réunions de comités d'experts indiquées ci-après, dont les rapports<sup>2</sup> ont été établis en anglais et en français depuis la cinquante-quatrième session du Conseil exécutif.

Les neuf réunions et les rapports correspondants seront examinés dans l'ordre suivant :

1. HYGIENE DU POISSON ET DES FRUITS DE MER  
Rapport d'un comité d'experts de l'OMS réuni en coopération avec la FAO
2. COMITE OMS D'EXPERTS DE LA PHARMACODEPENDANCE  
Vingtième rapport
3. ASPECTS SANITAIRES DE LA LUTTE CONTRE LA POLLUTION DE L'ENVIRONNEMENT : PLANIFICATION ET EXECUTION DES PROGRAMMES NATIONAUX  
Rapport d'un comité d'experts de l'OMS
4. COMITE OMS D'EXPERTS DU PALUDISME  
Seizième rapport
5. RESIDUS DE PESTICIDES DANS LES PRODUITS ALIMENTAIRES  
Rapport de la réunion conjointe FAO/OMS de 1973
6. COMITE OMS D'EXPERTS DE LA TUBERCULOSE  
Neuvième rapport
7. EVALUATION DE CERTAINS ADDITIFS ALIMENTAIRES  
Dix-huitième rapport d'un comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires
8. LES SERVICES INFIRMIERS DES COLLECTIVITES  
Rapport d'un comité d'experts de l'OMS
9. STATISTIQUES SANITAIRES (Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies)  
Rapport d'un comité d'experts de l'OMS

<sup>1</sup> Documents fondamentaux, vingt-quatrième édition, page 93.

<sup>2</sup> Des exemplaires de ces rapports sont joints au présent document (uniquement pour les membres du Conseil exécutif).

## 1. HYGIENE DU POISSON ET DES FRUITS DE MER

Rapport d'un comité d'experts de l'OMS réuni en coopération avec la FAO  
Genève, 18-24 septembre 1973<sup>3</sup>

### 1.1 Antécédents

Le poisson et les fruits de mer constituent un élément majeur du régime alimentaire dans de nombreuses parties du monde. Avec la raréfaction des protéines, le poisson est appelé à représenter une source alimentaire de plus en plus importante. Toutefois, son utilisation extensive comme aliment pose des problèmes de santé publique qui ne manqueront pas de s'aggraver avec l'exploitation de nouvelles ressources.

Le poisson et les fruits de mer, même à leur niveau actuel de consommation, sont responsables d'un nombre élevé de cas de maladies d'origine alimentaire. En outre, on enregistre dans diverses parties du monde des cas toujours plus nombreux de maladies nouvellement constatées qui résultent de la consommation de poissons et de fruits de mer.

Le comité d'experts avait mission d'analyser sous l'angle des impératifs de l'hygiène les acquisitions récentes et les pratiques contemporaines en matière de production, de transformation et de distribution des poissons et fruits de mer qui entrent dans l'alimentation humaine.

### 1.2 Le rapport

Le rapport fait le point des connaissances actuelles en matière d'hygiène du poisson et des fruits de mer et énonce les principes dont doivent s'inspirer les organismes et personnels de santé publique pour améliorer l'hygiène de ces denrées. Le rapport étudie les facteurs environnementaux à considérer, les principales maladies transmises par le poisson et les fruits de mer, l'importance sanitaire des principales maladies des animaux marins, l'exploration épidémiologique des maladies transmises par le poisson et les fruits de mer, la manipulation hygiénique du poisson et des fruits de mer et de leurs sous-produits, les problèmes particuliers d'hygiène sous les climats chauds et dans les pays en voie de développement, les problèmes liés au commerce international, les services d'inspection sanitaire, ainsi que l'enseignement et la formation. Le rapport contient également des recommandations relatives aux mesures qui pourraient être prises par des organismes nationaux et internationaux pour développer ou améliorer les programmes de recherche, de formation et de contrôle sanitaire, ainsi que sur diverses autres questions administratives touchant à l'hygiène du poisson et des fruits de mer.

### 1.3 Les recommandations

Le comité a formulé les recommandations suivantes pour l'amélioration de l'hygiène du poisson et des fruits de mer :

- a) une étroite liaison devrait être maintenue entre les services de l'environnement et les organismes chargés de la surveillance sanitaire des poissons et des fruits de mer, afin que des mesures appropriées puissent être décidées chaque fois que des modifications du milieu influent sur la qualité de ces produits;
- b) les cours nationaux et internationaux de technologie de la pêche devraient comporter un enseignement de l'hygiène du poisson et des fruits de mer et, à tous les niveaux, les personnels des services officiels et de l'industrie privée devraient recevoir une formation en matière d'hygiène de ces produits;

---

<sup>3</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1974, N° 550.

- c) il conviendrait de recueillir et de diffuser des informations relatives à l'identification des poissons porteurs de biotoxines;
- d) il faudrait définir des normes microbiologiques internationales acceptables pour le poisson, les fruits de mer et leurs sous-produits;
- e) l'OMS et la FAO devraient développer leur capacité de conseiller les pays sur tout ce qui a trait à l'hygiène du poisson et des fruits de mer;
- f) il faudrait entreprendre de nouvelles études concernant l'inactivation des parasites hébergés par les poissons et les fruits de mer, les techniques de manutention hygiénique de ces produits sous les climats chauds, l'écologie et l'épidémiologie de Vibrio parahaemolyticus et de Clostridium botulinum chez les espèces comestibles, les maladies virales qui peuvent être véhiculées par les fruits de mer ainsi que les facteurs toxigènes intervenant dans les produits de la pêche.

#### 1.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

Les recommandations en question peuvent servir de base à l'OMS pour donner des avis aux pays sur les questions relatives à l'hygiène du poisson et des fruits de mer et pour encourager la formation professionnelle, à tous les niveaux, du personnel des services officiels et de l'industrie. Des efforts devraient être entrepris en vue de l'établissement de normes microbiologiques internationalement acceptables pour les produits de la pêche et leurs sous-produits, ainsi qu'en vue de la réunion et de la diffusion d'informations relatives à l'identification des poissons qui pourraient être porteurs de biotoxines. Il conviendrait également que l'Organisation aide à intensifier les recherches, comme l'a recommandé le comité.

## 2. COMITE OMS D'EXPERTS DE LA PHARMACODEPENDANCE

Vingtième rapport  
Genève, 8-13 octobre 1973<sup>4</sup>

### 2.1 Antécédents

De précédents comités d'experts et groupes scientifiques d'étude de l'OMS s'étaient penchés sur divers aspects de la pharmacodépendance : a) identification des drogues engendrant la dépendance qui peuvent poser des problèmes individuels, des problèmes de santé publique ou des problèmes sociaux;<sup>5</sup> b) similitudes et différences entre la dépendance à l'égard des substances engendrant la dépendance qui sont considérées comme socialement inacceptables et la dépendance à l'égard de celles dont l'usage est acceptable ou toléré;<sup>6</sup> c) mise en place de services pour la prévention et le traitement de la dépendance à l'égard de l'alcool et des autres drogues;<sup>7</sup> d) principes à appliquer vis-à-vis des problèmes posés par la pharmacodépendance;<sup>8</sup> e) usage du

<sup>4</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1974, N° 551.

<sup>5</sup> Actes off. Org. mond. Santé, 1949, N° 19, 29-34.  
Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1950, N° 21; 1952, N° 57; 1954, N° 76; 1955, N° 95; 1956, N° 102; 1957, N° 116; 1958, N° 142; 1960, N° 160; 1960, N° 188; 1961, N° 211; 1962, N° 229; 1964, N° 273; 1964, N° 287; 1965, N° 312; 1966, N° 343; 1969, N° 407; 1970, N° 437; 1971, N° 478; 1972, N° 495.

<sup>6</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1949, N° 9; 1951, N° 42; 1952, N° 48; 1954, N° 84; 1955, N° 94; 1967, N° 363; 1973, N° 516.

<sup>7</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1950, N° 42; 1952, N° 48; 1957, N° 131; 1967, N° 363.

<sup>8</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1970, N° 460; 1973, N° 516.

cannabis;<sup>9</sup> f) la jeunesse et la drogue;<sup>10</sup> g) étude épidémiologique de la pharmacodépendance.<sup>11</sup> Seuls quelques-uns de ces groupes d'experts ont, outre la formulation de recommandations sur la réglementation des drogues, directement considéré d'autres approches à la prévention.<sup>12</sup> Or une grande diversité d'activités destinées à prévenir ou à réduire les problèmes liés à l'usage de diverses drogues engendrant la dépendance ont été entreprises par de nombreuses organisations gouvernementales et autres ou sont projetées. On ne s'est pas suffisamment préoccupé d'évaluer ces approches et méthodes préventives. De fait, on en vient à penser que certaines approches, mal appliquées, pourraient fort bien aggraver les problèmes de la drogue au lieu de les atténuer. Aussi le comité était-il invité à faire le bilan des voies d'approche existantes ou envisageables pour la réduction des problèmes individuels et sociaux associés à l'usage non médical des drogues engendrant la dépendance, à examiner les moyens d'en accroître l'efficacité et à élaborer des principes généraux pour la planification et la mise en oeuvre d'actions préventives.

## 2.2 Le rapport

Le comité a noté que l'utilisation hors de justifications médicales de drogues engendrant la dépendance pose des problèmes variables selon a) les caractéristiques personnelles des utilisateurs, b) les propriétés pharmacologiques des produits en cause et c) les circonstances socio-culturelles globales et immédiates d'utilisation. Quoique ces problèmes soient liés à la drogue, il s'agit en fait plus de "problèmes de personnes" que de "problèmes de drogue". Les problèmes liés à l'usage des drogues entrent dans deux grandes catégories : i) ceux qui découlent au premier chef d'interactions entre l'homme et la drogue (par exemple accidents survenant sous l'empire de la drogue ou développement de complications médicales consécutives à l'usage de drogues) et ii) ceux qui résultent d'interactions entre l'homme et la société (par exemple agissements contraires à la loi, réprobation sociale ou peines de prison pour usage de stupéfiants ou pour d'autres actes étroitement associés à cet usage).

Après avoir considéré les facteurs associés au début, à la poursuite et à l'arrêt de l'utilisation non médicale des drogues, la nature des problèmes corrélatifs et les objectifs généraux et circonscrits assignables aux actions préventives, le comité a examiné les mesures préventives qui pourraient viser principalement a) les individus et les petits groupes, b) leur environnement physique et social et c) la disponibilité des drogues.

Comme dans la plupart des pays, les coûts humains et matériels entraînés par la consommation de boissons alcooliques dépassent de loin ceux qui résultent de l'usage extra-médical d'autres substances génératrices de dépendance, le comité s'est plus particulièrement penché sur les moyens possibles de réduire cet énorme fardeau.

Enfin, le comité a exploré les moyens de favoriser a) une action préventive et thérapeutique concertée de la part des nombreuses organisations et instances officielles et bénévoles tant de type nouveau que de type traditionnel et b) des recherches consistant en travaux d'évaluation, en études sur l'histoire naturelle et en investigations pharmacologiques dans le domaine de la pharmacodépendance.

---

<sup>9</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1971, N° 478.

<sup>10</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1973, N° 516.

<sup>11</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1973, N° 526.

<sup>12</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1967, N° 363, 35 (section 3); 1970, N° 460, 33 (section 3.4); OMS, Bureau régional de l'Europe (1971) Moyens de prévenir et de combattre l'abus des drogues et la pharmacodépendance, Copenhague (EURO 5412 IV, rapport d'un groupe de travail); OMS, Bureau régional de l'Europe (1972) Programmes d'éducation sanitaire concernant l'abus des drogues chez les jeunes, Copenhague (EURO 5418 IV, rapport d'un groupe de travail).

## 2.3 Les recommandations

### 2.3.1 Généralités

a) Les actions préventives doivent viser à réduire les problèmes associés à l'usage des drogues plus qu'à prévenir cet usage en soi. La limitation de l'usage des drogues engendrant la dépendance n'est qu'un des moyens possibles, encore qu'important, de prévenir ou de réduire les problèmes. b) Etant donné l'ampleur et la gravité des problèmes en cause, une haute priorité doit être accordée aux programmes de prévention dans les pays où de tels problèmes existent ou pourraient surgir. c) Malgré l'évidente nécessité d'agir sans retard, il faut éviter un simplisme excessif et appliquer des principes éprouvés d'organisation et d'exécution des programmes.

### 2.3.2 Disponibilité des drogues

a) L'accès à une drogue engendrant la dépendance étant une condition préalable nécessaire de l'utilisation de cette drogue et de l'apparition de problèmes corrélatifs, il faut constamment se préoccuper d'améliorer l'efficacité des contrôles exercés sur la disponibilité des drogues engendrant la dépendance susceptibles d'être utilisées à des fins dangereuses et promouvoir dans ce but une collaboration à l'échelle internationale, nationale et locale. b) Les prescriptions médicales de drogues engendrant la dépendance doivent être limitatives quant à la quantité prescrite, à la durée de validité de l'ordonnance et au nombre de renouvellements. c) Il faudrait envisager de n'autoriser que des médecins spécialement agréés à prescrire des drogues engendrant une dépendance pour des cures au long cours.

### 2.3.3 Individus et petits groupes

a) Il faut nettement distinguer entre, d'une part, les individus chez lesquels on désire réduire la curiosité et la demande de drogues pour usage personnel et, d'autre part, ceux qu'on désire faire accéder à une appréhension globale des facteurs complexes intervenant dans l'usage de drogues afin qu'ils puissent concourir à l'introduction des changements nécessaires dans les régulations socio-culturelles ainsi qu'au développement de services appropriés de prévention et de traitement. Ces deux groupes cibles appellent non seulement des objectifs, mais aussi des voies d'approche différentes. b) Dans le cas des utilisateurs potentiels de drogue, les actions préventives doivent être orientées vers les groupes à haut risque. c) La recherche des individus à risque élevé s'appuiera sur la constatation de signes d'un retard possible du développement, d'un relâchement des régulations socio-culturelles primaires et secondaires, de la disponibilité et de l'utilisation locales de drogues et de l'existence d'amis ou de connaissances qui se droguent. d) La préférence sera donnée à l'éducation sur l'information. L'éducation met en oeuvre une communication à deux sens qui permet de dissiper les incompréhensions et les inquiétudes dont elle aurait pu s'accompagner, alors que l'information ne comporte ordinairement qu'une communication à sens unique. e) Le dépistage précoce s'impose aux fins de la prévention tant primaire que secondaire.

### 2.3.4 Environnement

a) Chaque collectivité impliquée dans un programme de prévention doit surveiller régulièrement la nature et l'étendue des problèmes liés à l'usage des drogues et des facteurs corrélatifs. b) Il faut s'efforcer, par des activités éducatives et autres, d'infléchir les attitudes et les traditions socio-culturelles dans un sens qui décourage l'utilisation intempestive de drogues, en évitant toutefois les pratiques "dissuasives" qui peuvent être plus dommageables que les problèmes qu'on cherche à éviter. c) Il faut bien se dire que des sanctions dissuadent rarement les sujets pharmacodépendants de recommencer à se droguer s'ils en ont la possibilité et que les sujets non pharmacodépendants ont plus de chances d'être détournés de l'usage destructeur de drogues par la certitude de la sanction que par sa sévérité. d) Il faudrait offrir des dérivatifs valables aux utilisateurs effectifs ou potentiels de drogue. Ces dérivatifs, pour être acceptables, doivent répondre à une grande partie des besoins humains fondamentaux que cherche

apparemment à assouvir le comportement consommateur de drogues. e) Il faut remédier le plus rapidement possible aux agressions environnementales telles que discrimination, taudis et pratiques injustes dans les relations de travail ou dans le monde des affaires.

### 2.3.5 Considérations particulières aux boissons alcooliques

Il faudrait que l'OMS a) convoque périodiquement des groupes d'experts chargés d'examiner le parti à tirer des informations disponibles pour les activités préventives et b) envisage d'engager les gouvernements à se préoccuper de près des coûts humains et matériels liés à la consommation d'alcool, et d'une action possible au niveau des prix de vente et de la publicité.

### 2.3.6 Recherche

Il faudrait accorder beaucoup plus d'attention a) à l'évaluation objective de programmes de prévention et de traitement, b) à la conduite d'études longitudinales sur l'histoire naturelle de l'utilisation dangereuse des drogues et c) aux approches pharmacologiques à la prévention et au traitement de cette utilisation des drogues.

### 2.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

Les principes et recommandations énoncés dans le rapport aideront puissamment l'Organisation à appliquer la recommandation de la Vingt-Troisième Assemblée de la Santé à l'effet que l'OMS "encourage et facilite la mise en oeuvre de programmes améliorés de prévention, de traitement et de réadaptation, et favorise le progrès des connaissances nécessaires en matière de pharmacodépendance".<sup>13</sup> Ce rapport peut servir de base à l'examen approfondi des activités de prévention dans un contexte juridique donné et il suggère divers moyens permettant de renforcer les travaux d'évaluation.

Le rapport recommande à l'OMS de réunir des groupes d'experts pour examiner les problèmes spéciaux liés à l'usage des boissons alcooliques et d'envisager d'inviter les gouvernements à réviser leur politique en matière de publicité et de fixation des prix.

## 3. ASPECTS SANITAIRES DE LA LUTTE CONTRE LA POLLUTION DE L'ENVIRONNEMENT : PLANIFICATION ET EXECUTION DES PROGRAMMES NATIONAUX

Rapport d'un comité d'experts de l'OMS  
Genève, 16-22 octobre 1973<sup>14</sup>

### 3.1 Antécédents

Un certain nombre de comités d'experts de l'OMS - pollution de l'air et de l'eau,<sup>15</sup> les modifications du milieu et leurs effets sur la santé,<sup>16</sup> l'urbanisme et l'aménagement urbain dans leurs rapports avec l'hygiène du milieu<sup>17</sup> - ont exploré divers aspects de la gestion des actions contre la contamination de l'environnement et les rapports issus de leurs travaux ont largement été utilisés comme guides pour la planification et l'organisation de programmes nationaux de lutte contre la pollution du milieu au cours des dix dernières années. Plus récemment, un comité d'experts sur la planification, l'organisation et l'administration des programmes

<sup>13</sup> Organisation mondiale de la Santé (1973) Recueil des résolutions et décisions, Vol. I, 1948-1972.

<sup>14</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1974, N° 554.

<sup>15</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1958, N° 157; 1964, N° 271; 1966, N° 318; 1968, N° 404; 1969, N° 410.

<sup>16</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1964, N° 292.

<sup>17</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1965, N° 297.

nationaux d'hygiène du milieu<sup>18</sup> et un groupe scientifique de l'OMS sur l'évaluation des programmes d'hygiène du milieu<sup>19</sup> ont tracé des lignes directrices pour la planification et l'exécution de programmes de promotion de la salubrité de l'environnement. Le présent comité avait pour tâche de focaliser l'attention sur les aspects gestionnaires de la réduction des effets nocifs pour la santé de la pollution de l'environnement, de poser des principes généraux pour la formulation de politiques, enfin de fournir des indications pratiques à l'intention des administrations sanitaires nationales pour l'élaboration et l'exécution de programmes adéquats.

### 3.2 Le rapport

Après avoir délimité le problème et fait le point des tendances et approches actuelles, le comité a discuté des objectifs de programmes de lutte contre la pollution de l'environnement orientés vers la santé et a présenté des suggestions touchant les critères de fixation de priorités et les considérations de risques/avantages et de coûts/avantages qui sont déterminantes pour l'établissement de politiques. Tout au long de son rapport, le comité s'est efforcé de préciser le rôle qui incombe aux administrations sanitaires en ce qui concerne les programmes nationaux de lutte antipollution en insistant sur la nécessité de faire une plus large place aux aspects préventifs des programmes de ce genre. Etant donné l'importance capitale des considérations de santé, il semble raisonnable que les organismes sanitaires interviennent étroitement et activement dans la promotion, la planification et l'évaluation de programmes et projets communautaires de lutte antipollution et qu'ils se voient confier la charge de définir des normes sanitaires pour la qualité de l'environnement ainsi que pour les programmes de détection et de surveillance. Comme d'autre part les effets de la pollution sont très extensifs, il importe que les programmes destinés à améliorer l'environnement soient conjointement élaborés par les organismes concernés avec la participation de représentants du public et de l'industrie.

La partie technique du rapport examine en détail des composantes des programmes telles que les critères et les normes, la détection et la surveillance, la technologie de la prévention et de la réduction, l'élaboration de plans d'exécution, la législation, l'organisation et l'administration, enfin la coordination et l'évaluation, essentielles eu égard aux contraintes qu'il faut soigneusement prendre en compte au stade de la planification, et l'appui des programmes, soit les ressources (financement, personnel, instruments et matériel), l'éducation et l'information sanitaires et la recherche.

### 3.3 Les recommandations

Les recommandations les plus importantes du comité peuvent se résumer comme suit :

- a) Dans la planification des programmes nationaux de lutte contre la pollution de l'environnement, les aspects sanitaires devraient bénéficier d'une priorité élevée. Il faudrait que les organismes de santé soient dotés des pouvoirs et moyens nécessaires pour remplir les fonctions indiquées dans le rapport et être équipées en conséquence et que des unités techniques appropriées soient créées ou renforcées.
- b) Les programmes de lutte contre la pollution de l'environnement sont de nature pluridisciplinaire et appellent une coordination entre les divers ministères. Ce n'est que moyennant une coordination à l'échelon national et une collaboration internationale que les autorités seront en mesure de maîtriser les problèmes qui se posent sans compromettre le développement industriel et économique.
- c) Les programmes nationaux doivent viser non seulement à réaliser une maîtrise et une réduction suffisantes de la pollution, mais encore à la prévenir dans toute la mesure possible.

---

<sup>18</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1970, N° 439.

<sup>19</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1973, N° 528.

- d) La prévention de la pollution de l'environnement devrait être sérieusement considérée par les pays en voie de développement, même si la pollution ne leur pose pas encore de problème majeur. Un sage principe est de veiller à l'intégration de la lutte antipollution dans tous les projets de développement industriel et agricole et autres projets de développement économique, y compris les projets d'aménagement physique du milieu.
- e) Le comité a souligné la nécessité de programmes équilibrés tenant compte aussi bien des problèmes traditionnels de pollution par les déchets collectifs que des pollutions chimiques et physiques résultant du développement industriel, des besoins croissants en énergie et de l'utilisation de produits chimiques dans les ménages, en agriculture et dans d'autres activités.
- f) Les effets sanitaires des expositions prolongées de faible degré à des polluants requièrent une attention particulière, et il importe d'élaborer des programmes d'évaluation de la toxicité, de la tératogénicité, de la cancérogénicité et de la mutagénicité des nouveaux produits chimiques préalablement à la généralisation de leur emploi.
- g) Il faudrait accélérer la préparation de documents énonçant des critères d'hygiène de l'environnement. Il faudrait mettre ces documents le plus rapidement possible à la disposition de toutes les instances intéressées et aider à leur application dans les programmes nationaux de lutte contre la pollution de l'environnement.
- h) L'OMS a un rôle important à jouer dans l'institution, la coordination et le renforcement de programmes de détection et de surveillance des polluants ainsi que de leurs effets possibles, en mettant l'accent sur les priorités d'ordre sanitaire.
- i) Il appartient aussi à l'OMS de rassembler des renseignements scientifiques et techniques sur la pollution de l'environnement et de les distribuer à des institutions nationales de divers pays. Il importerait notamment qu'elle fournisse des indications sur les composantes et les contraintes des programmes, sur les techniques de planification de programmes de lutte contre la pollution de l'environnement orientés vers la santé, sur la préparation de plans d'exécution, sur l'éducation sanitaire et l'information du public en ce qui concerne la pollution de l'environnement et sur les analyses risques/avantages et coûts/bénéfices.
- j) Il faudrait que l'OMS poursuive son assistance technique en vue de renforcer les programmes nationaux, en particulier qu'elle donne des avis techniques en matière de lutte contre la pollution, de mise au point de programmes de formation et d'encouragement et d'aide à la recherche dans ce domaine.
- k) L'évaluation scientifique et objective des données existantes par des groupes internationaux d'experts pourrait aider à situer les problèmes de pollution dans une perspective correcte et à éviter des réactions extrêmes de la part du public, tout en stimulant une prise de conscience des problèmes qui se posent actuellement.

#### 3.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

Depuis la réunion du comité d'experts, le programme OMS en matière de critères d'hygiène du milieu (mené en collaboration avec une trentaine d'Etats Membres) a progressé. A ce jour, il a été préparé des projets de documents de critères pour le cadmium, le plomb et le mercure, de même que des projets de revues préliminaires sur le sélénium, le tellurium, le molybdène, le germanium et le titane.

Outre les groupes ad hoc pour des polluants déterminés qui ont été convoqués dans le cadre du programme relatif aux critères sanitaires, il s'est tenu deux réunions consacrées à des problèmes en rapport direct avec les recommandations du comité d'experts, soit un groupe d'étude sur les risques de santé liés aux nouveaux polluants de l'environnement et une réunion sur les essais sanitaires de divers polluants aériens émanant des rejets industriels. D'autre part, le budget de 1975 prévoit deux groupes scientifiques respectivement consacrés à l'examen des méthodes de détection des produits chimiques cancérogènes dans l'environnement et à l'étude des méthodes d'évaluation toxicologique des nouveaux composés chimiques.



En juillet 1974, un groupe d'experts s'est réuni à Genève pour élaborer un programme OMS de surveillance continue de l'environnement du point de vue sanitaire visant entre autres à renforcer les systèmes nationaux de surveillance sanitaire de l'environnement, condition essentielle, comme le souligne clairement le rapport technique N° 554, d'une lutte efficace contre la pollution du milieu. Il a signalé à ce propos que le Centre panaméricain de Génie sanitaire et des Sciences de l'Environnement de Lima a été désigné comme centre collaborateur de l'OMS pour la détection de la pollution de l'environnement.

Le Siège et les Bureaux régionaux de l'OMS continueront de fournir des avis et une aide techniques aux Etats Membres pour l'exécution de programmes nationaux de lutte contre la pollution de l'environnement tant en participant à de nombreux projets exécutés avec le soutien du PNUD au niveau des pays qu'en organisant des cours de formation.

#### 4. COMITE OMS D'EXPERTS DU PALUDISME

Seizième rapport  
Genève, 14-23 novembre 1973<sup>20</sup>

##### 4.1 Antécédents

Les cinq premiers rapports du comité, antérieurs à la formulation et à l'adoption de la politique d'éradication, traitaient de l'utilisation des insecticides, du paludisme dans les pays en voie de développement, de la standardisation des enquêtes épidémiologiques et de la politique antipaludique de l'OMS. Les rapports suivants contenaient des indications techniques sur de nombreux aspects de l'éradication du paludisme, à savoir notamment : principes, planification, organisation et techniques à utiliser dans différentes phases; résistance aux insecticides et aux médicaments et éducation sanitaire; critères de l'éradication du paludisme; méthodologie des programmes pré-éradication; conditions minimums auxquelles doivent répondre les services de santé ruraux pour étayer l'éradication du paludisme; critères d'appréciation des chances de succès des programmes d'éradication; prévention de la réintroduction du paludisme; évaluation des méthodes entomologiques existantes; non-réponse des vecteurs à l'attaque insecticide; nouveaux insecticides. Le onzième rapport traitait de la formation des entomologistes et personnels des services d'entomologie. Le douzième portait notamment sur le maintien de l'éradication une fois celle-ci réalisée, sur le rôle de la chimiothérapie dans l'éradication du paludisme et sur l'évaluation de la réponse aux mesures initiales de la phase d'attaque. Le treizième rapport dressait le bilan des programmes d'éradication du paludisme et examinait le cas des programmes pré-éradication soutenus par l'OMS qui sont destinés à frayer la voie à l'éradication du paludisme dans la Région africaine. Le quatorzième rapport réexaminait les conditions à réunir avant de lancer un programme d'éradication et considérait deux aspects essentiels de la phase d'attaque, à savoir, d'une part l'opportunité de recourir à un seul type ou à une association de mesures dans des situations épidémiologiques différentes, d'autre part la durée des opérations d'attaque. Il abordait aussi diverses questions de chimiothérapie et donnait des avis techniques sur les méthodes de diagnostic à appliquer dans le dépistage des cas. Quant au quinzième rapport, après avoir réexaminé les principes et les procédures d'exécution de l'éradication du paludisme, il étudiait la méthodologie d'un programme d'éradication limité dans le temps et envisageait la manière d'aborder l'éradication dans les régions où des programmes de ce genre ne sont pas encore réalisables. Il évoquait aussi la nécessité d'enquêtes de faisabilité préalablement à la phase de planification.<sup>21</sup>

Le rapport dont il est présentement question prolonge en quelque sorte le quinzième rapport en ce sens que le comité était avant tout invité à conseiller le Directeur général sur les répercussions de la stratégie révisée concernant les programmes de lutte antipaludique de la même

<sup>20</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1974, N° 549.

<sup>21</sup> Pour plus de détails sur les rapports techniques concernant le paludisme, voir Chronique OMS, volume 26, N° 11, 1972, pp. 565-572.

façon que les comités précédents avaient considéré l'éradication du paludisme, à la lumière de la résolution WHA22.39 de la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé sur la stratégie révisée du programme d'éradication du paludisme.

#### 4.2 Le rapport

La majeure partie du rapport traite de la lutte organisée contre le paludisme dans les régions qui ne se prêtent pas encore à un programme classique d'éradication. Il y est tout spécialement question de la méthodologie de l'élaboration des programmes de lutte antipaludique dans le cadre de telle ou telle situation sanitaire et socio-économique, des effets du paludisme sur les conditions socio-économiques dans les pays en voie de développement, des objectifs des programmes, de leur réalisabilité, de leur administration ainsi que de leurs aspects techniques et financiers. Le rapport s'étend longuement sur l'organisation requise pour la lutte contre le paludisme, sur les priorités à observer ainsi que sur le rôle des services de santé de base dans la planification et l'exécution du programme. Par ailleurs, il traite des méthodes d'évaluation et des recherches de terrain et des études pilotes nécessaires pour trouver des méthodes qui permettent de façon plus économique et plus commode de réaliser le programme et de surmonter les problèmes opérationnels.

Pour ce qui est des programmes d'éradication du paludisme, le comité s'est occupé des implications de la résistance des vecteurs aux insecticides, de l'organisation et de la méthodologie de la phase d'entretien et des critères d'attestation de l'éradication.

Le comité a analysé le rapport d'un groupe scientifique sur la chimiothérapie du paludisme et la résistance aux antipaludiques<sup>22</sup> qui s'était réuni en octobre 1972 et en a entériné les 22 pièces jointes et les recommandations.

Enfin, le comité s'est penché sur la formation du personnel professionnel à la paludologie et s'est prononcé sur un certain nombre de demandes d'inscriptions au registre officiel des zones où l'éradication du paludisme a été réalisée.

#### 4.3 Les recommandations

Le résumé ci-après des recommandations du comité permettra de se faire une idée du champ de ses délibérations et des conclusions auxquelles il est parvenu au sujet des questions qui avaient été soumises à son examen.

##### a) Eradication du paludisme et lutte antipaludique

Le comité a recommandé qu'on stimule, guide et soutienne les programmes de lutte antipaludique avec une énergie renouvelée en recourant à une association adéquate de mesures adaptées aux nécessités et aux possibilités locales.

Développant les recommandations formulées dans le quatorzième rapport,<sup>23</sup> le comité a recommandé qu'il soit fait appel à l'aide d'autres organismes internationaux pour la distribution à grande échelle de médicaments antipaludiques aux jeunes enfants et aux femmes enceintes. Il a souligné une nouvelle fois l'importance de l'évaluation et a préconisé la conduite d'études pilotes.

---

<sup>22</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1973, N° 529.

<sup>23</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1968, N° 382, 46.

b) Conséquences opérationnelles de la résistance aux insecticides

Le comité a recommandé que les autorités responsables de l'agriculture et de la santé publique se concertent sur l'utilisation coordonnée des insecticides. Il a préconisé l'adoption d'une technique standard pour la détection de la résistance aux insecticides et la création de laboratoires spéciaux pour déterminer l'état de la résistance chez les vecteurs du paludisme.

c) Recherches sur le paludisme et la lutte antipaludique

Le comité a recommandé que l'OMS continue de soutenir les projets de recherche fondamentale et appliquée relatifs à la lutte contre le paludisme et à son éradication et que des investigations soient menées sur le mode de transmission de la résistance aux insecticides, sur des moyens économiques d'application des insecticides, sur les modifications de l'état immunitaire chez les personnes soumises à une chimioprophylaxie régulière et sur la relation entre la prévalence du paludisme et l'état socio-économique.

En outre, le comité a formulé des recommandations sur la formation de personnel aux activités antipaludiques et sur les critères à observer dans l'enregistrement des zones où l'éradication du paludisme a été réalisée. Il a par ailleurs recommandé que Cuba, Maurice, le Portugal (partie européenne, à l'exclusion des îles) et la Yougoslavie soient inscrits au registre officiel OMS des zones où l'éradication du paludisme a été réalisée. Enfin, il a recommandé l'adoption de son rapport sur le choix des candidats à la Médaille et au Prix de la Fondation Darling.

4.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

Concernant la recommandation du paragraphe 4.3 a) sur l'aide aux programmes d'éradication et de contrôle du paludisme, on saura que l'Organisation continue de soutenir par des services consultatifs, des fournitures et des bourses d'études, non seulement les programmes d'éradication du paludisme, mais aussi, dans une mesure croissante, les campagnes de réduction de la malaria. Elle se propose d'analyser l'applicabilité de modèles mathématiques de la transmission du paludisme et leur utilisation dans la planification et l'évaluation des mesures de lutte contre le paludisme. Elle va d'autre part effectuer une étude sur le coût/efficacité de diverses mesures. Les recommandations du comité touchant l'obtention de médicaments antipaludiques seront portées à l'attention d'autres organismes internationaux par les voies habituelles, ainsi que du conseil de coordination des opérations antipaludiques à sa prochaine réunion.

Pour ce qui est de la recommandation relative à la création de laboratoires spéciaux d'investigation de la résistance aux insecticides, une modification administrative sera nécessaire pour que les Régions appuient sur une base opérationnelle des activités qui étaient jusqu'ici soutenues au titre d'activités de recherche. Comme l'a recommandé le comité, l'Organisation s'efforcera d'appuyer des études supplémentaires sur les sujets évoqués ainsi que sur des thèmes généraux de recherche fondamentale et appliquée qui retiennent déjà son attention. Des retards sont cependant à craindre en raison de la réduction des fonds qui seront disponibles en 1975. Un groupe scientifique sur l'immunologie du paludisme est prévu pour 1975.

En ce qui concerne la formation de personnel professionnel, l'Organisation a déjà entrepris d'explorer la possibilité de charger des centres universitaires appropriés d'assurer la formation requise dans le cadre des cours réguliers.

Enfin, l'Organisation procédera aux remaniements administratifs nécessaires pour mettre en oeuvre la recommandation concernant les critères d'attestation de l'éradication du paludisme.

## 5. RESIDUS DE PESTICIDES DANS LES PRODUITS ALIMENTAIRES

Rapport de la réunion conjointe FAO/OMS de 1973  
Genève, 26 novembre-5 décembre 1973<sup>24</sup>

### 5.1 Antécédents

La réunion était la onzième d'une série de réunions que tiennent conjointement chaque année l'OMS et la FAO conformément à une recommandation formulée en 1961, au cours d'une réunion conjointe du comité OMS des résidus de pesticides et du groupe FAO d'experts sur l'emploi des produits antiparasitaires en agriculture,<sup>25</sup> qui invitait les deux organisations à entreprendre des études sur les risques courus par les consommateurs du fait des résidus de pesticides présents dans les produits alimentaires. Les rapports des réunions précédentes fournissaient des renseignements sur les doses journalières acceptables (DJA) établies, sur les limites de résidus recommandées et sur les méthodes d'analyse proposées pour les divers pesticides examinés.

### 5.2 Le rapport

Le mandat de la réunion était le suivant :

- a) examiner les données toxicologiques et autres relatives à certains pesticides et à leurs résidus;
- b) fixer, si possible, des DJA pour l'homme;
- c) proposer des limites pour les résidus de pesticides et recommander des méthodes d'analyse pour le dosage de ces résidus.

La réunion a étudié quelques principes, dont certains avaient été adoptés par les diverses réunions précédentes, et a estimé qu'étant donné la nature des substances examinées, ces principes devraient être soit éclaircis, soit reformulés, réaffirmés et étendus. A ce propos, la réunion a exprimé son avis sur certaines méthodes d'essai, par exemple sur la nécessité des essais à long terme pour l'établissement des doses journalières acceptables, sur la comparaison des résultats fournis par le gavage et par l'alimentation normale, sur les études sur l'homme et sur les données obtenues grâce à de nouvelles méthodes.

La réunion a également exprimé son avis sur la signification de l'apparition de tumeurs hépatocellulaires chez la souris, sur la toxicité des inhibiteurs de la cholinestérase, sur les études de pharmacocinétique et de cinétique enzymatique sur les composés organophosphorés, sur les épreuves de mutagénicité et sur l'évaluation des pesticides donnant des métabolites identiques ou similaires.

La réunion a d'autre part procédé à l'évaluation toxicologique d'une vingtaine de composés pesticides et a formulé des recommandations concernant les limites de résidus pour certains groupes de denrées alimentaires. Les pesticides envisagés entraient dans les catégories suivantes : insecticides organophosphorés, fongicides à base de benzimidazole, insecticides à base de méthylcarbamate et pesticides divers.

### 5.3 Les recommandations

La réunion a formulé les recommandations suivantes :

- a) Dans l'intérêt de la santé publique et de l'agriculture, et vu le nombre élevé de pesticides devant être évalués ou réévalués, il serait souhaitable de continuer à convoquer des réunions conjointes.

<sup>24</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1974, N° 545.

<sup>25</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1962, N° 240.

- b) Il faudrait effectuer des investigations particulières sur la toxicité de certains pesticides et s'efforcer d'obtenir à cette fin des concours extérieurs.
- c) Il faudrait poursuivre l'étude de la relation entre dose absorbée, tolérance et DJA (calcul informatique par l'OMS des doses journalières potentielles de résidus de pesticides) dans le cas de pesticides pour lesquels la DJA est théoriquement susceptible d'être dépassée.
- d) L'OMS devrait envisager d'étudier la signification de l'hypertrophie du foie, de la stimulation des enzymes microsomiques et des hépatomes, ainsi que les relations entre ces phénomènes, dans le cadre de la prévision des risques que certains pesticides font peser sur la santé humaine.

#### 5.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

Le programme de l'Organisation relatif à la protection des produits alimentaires s'appuie sur les conclusions de la réunion conjointe pour ce qui est de donner aux Etats Membres des avis sur la toxicité des résidus de pesticides et les risques de santé potentiels qui leur sont associés. Aussi un crédit a-t-il été prévu pour la convocation d'une réunion en 1975.

L'OMS se propose de soutenir des recherches particulières. D'autre part, elle a entrepris d'explorer des moyens supplémentaires d'obtention de renseignements, par exemple moyennant la création par la Société de Toxicologie d'un comité ad hoc chargé de se procurer des informations pour le compte de l'OMS.

Les travaux d'estimation de la dose journalière potentielle ont été étendus à de nouveaux pesticides.

#### 6. COMITE OMS D'EXPERTS DE LA TUBERCULOSE

Neuvième rapport  
Genève, 11-20 décembre 1973<sup>26</sup>

##### 6.1 Antécédents

En 1964, dans son huitième rapport,<sup>27</sup> le comité avait proposé pour la première fois la notion de programme complet de lutte antituberculeuse entrepris à l'échelle d'un pays. Depuis lors, un certain nombre de pays ont mené à bien des programmes nationaux complets de lutte antituberculeuse, tandis que d'autres ont adopté certaines des politiques recommandées en matière de lutte contre la maladie. L'universalisation de la nouvelle approche s'est heurtée à des difficultés multiples telles que la diffusion insuffisante des connaissances scientifiques sur lesquelles se fondent les technologies et politiques de programmation simplifiées actuelles. En outre, le corps médical se montre fortement réticent devant les procédures simples dont l'application pourrait être en grande partie déléguée à des non-spécialistes et même à des personnels de santé autres que les médecins. D'autre part, il ne faut pas oublier que, dans un certain nombre de pays, l'infrastructure sanitaire n'est pas encore suffisamment étoffée pour assurer des soins de santé complets, particulièrement dans les collectivités rurales.

##### 6.2 Le rapport

Le comité s'est principalement préoccupé de la tuberculose pulmonaire, notamment dans les très nombreux pays où non seulement celle-ci reste un grave problème de santé, mais où il est indispensable d'utiliser au mieux les ressources limitées disponibles.

---

<sup>26</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1974, N° 552.

<sup>27</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1964, N° 290.

Sur le plan épidémiologique, le comité a souligné que les statistiques de mortalité et les données officielles habituelles sur le nombre de cas nouvellement déclarés renseignaient très imparfaitement sur l'ampleur du problème de la tuberculose. Le taux de prévalence par âge de l'infection tuberculeuse chez les enfants, révélé par l'épreuve tuberculinique standard, semblerait plus suggestif. Le comité a ensuite considéré divers groupes de population à risque spécial et a souligné que les adolescents et les adultes porteurs de symptômes respiratoires qui les amènent à consulter étaient les groupes où la tuberculose contagieuse était le plus fréquente. De nouvelles observations sont venues confirmer que les grands excréteurs de bacilles démontrables par examen microscopique des crachats sont les principaux responsables de la transmission de l'infection et que les malades dont la positivité n'est attestée que par les techniques de culture sont beaucoup moins contagieux. De même qu'on a surestimé dans le passé le risque de résistance primaire aux médicaments, de même on s'est exagéré le risque que les maladies pulmonaires dues à des mycobactéries atypiques deviennent un problème d'importance sanitaire.

Le comité, notant qu'il se produit un certain nombre de vaccins BCG de qualité très variable qui ne satisfont pas tous aux conditions fixées par l'OMS, a fortement insisté sur la nécessité d'un contrôle méticuleux de la qualité.

Du fait de ses avantages opérationnels, le comité s'est prononcé pour la vaccination directe par le BCG dans la généralité des circonstances; elle peut s'accompagner de plusieurs autres vaccinations, contre la variole notamment, pratiquées en des points différents; s'il s'est reconfirmé que la vaccination intradermique au moyen d'une seringue et d'une aiguille est actuellement le moyen le plus précis d'administrer la dose voulue de vaccin, des techniques plus simples sont en cours d'investigation.

Le comité a fait observer qu'il ne faut pas chercher à développer le dépistage avant que le service responsable soit capable d'assurer convenablement une chimiothérapie efficace; les services de dépistage et les services de traitement doivent former un tout équilibré. Pour que le dépistage ait un rendement satisfaisant, il faut avant tout : examiner les consultants porteurs de symptômes respiratoires, éclairer la population sur les symptômes évocateurs de tuberculose, examiner les sujets contacts, soumettre à un examen bactériologique les malades dont la radiographie a révélé une lésion à étiologie tuberculeuse possible, enfin examiner les groupes tels qu'immigrants, travailleurs étrangers et autres sujets à haut risque. A la lumière d'investigations approfondies, le comité a conclu à la nécessité d'abandonner le dépistage non sélectif par des unités mobiles de radiographie.

Un diagnostic bactériologique, seul capable de confirmer que l'agent étiologique est M. tuberculosis, est essentiel avant l'institution d'un traitement spécifique.

Le comité a réaffirmé l'inutilité de l'hospitalisation pour le succès de la chimiothérapie antituberculeuse et a souligné une nouvelle fois que la chimiothérapie ambulatoire restait la méthode de choix. Les lits existants pour tuberculeux doivent être mis à la disposition des services de traitement ambulatoire, par exemple pour les urgences. Le comité a rappelé qu'il était essentiel d'administrer en régime ambulatoire un traitement chimiothérapique approprié à tout tuberculeux pulmonaire contagieux et a suggéré plusieurs schémas thérapeutiques hautement efficaces et peu coûteux. Il a souligné aussi que la chimiothérapie moderne permet de guérir presque tous les malades pour autant que la cure soit poursuivie pendant le temps voulu. A cet égard, la régularité revêt une importance cruciale. Comme il n'est pas toujours possible d'assurer la surveillance minutieuse qu'exige une automédication quotidienne, le comité a précisé que la meilleure solution de rechange était de prescrire des schémas thérapeutiques intermittents qui puissent être bien surveillés. Cette chimiothérapie intermittente avec des médicaments appropriés n'est pas seulement extrêmement efficace sur le plan thérapeutique, mais encore elle se recommande par sa faible toxicité et son prix peu élevé. Elle permet par ailleurs d'éviter l'irrégularité inhérente à l'automédication prolongée. Les examens bactériologiques sont le meilleur moyen de suivre les progrès et les résultats de la chimiothérapie. Une fois le traitement chimiothérapeutique mené à bien, la surveillance ultérieure des malades ne demande que peu de travail.

Le comité a dit qu'il fallait éviter, autant que possible, la nécessité d'avoir à reprendre un nouveau traitement, et donc veiller à ce que le premier traitement soit administré le mieux possible. Il ne faut pas que des reprises de traitement soient faites aux dépens des ressources disponibles pour la lutte antituberculeuse tant qu'on n'a pas obtenu de très bons résultats dans le traitement initial des cas nouvellement dépistés. Le comité a également jugé que l'application généralisée du traitement préventif dans un programme de santé publique ne se justifiait pas.

A propos de l'organisation des programmes antituberculeux nationaux, le comité a insisté sur la nécessité d'une planification, d'une formulation de politique, d'une programmation, d'une mise en oeuvre, d'une surveillance et d'une évaluation adéquates. L'importance à attribuer à l'élément curatif ou à l'élément préventif du programme dépendra en grande mesure de la situation épidémiologique et des ressources disponibles mais, pour le comité, il y aurait lieu de prévoir l'un et l'autre dans presque toutes les situations.

La mise en oeuvre du programme doit être assurée par des équipes mobiles de direction, qui ont également un rôle important à jouer dans la surveillance et l'évaluation du programme. Le comité a décrit comment les différents niveaux de service pouvaient être organisés. La formation de toutes les catégories de personnel revêt une importance cruciale et doit se faire de façon continue. Il faut organiser des cours de recyclage et d'orientation, particulièrement à l'intention des médecins, en vue de renforcer le soutien actif et continu qu'ils apportent au programme. Il faut intensifier la formation axée sur le programme de toutes les catégories de travailleurs sanitaires qui participent à la lutte antituberculeuse, et les aspects de la tuberculose et de la lutte antituberculeuse qui relèvent de la santé des collectivités doivent tenir une plus grande place dans les cours. Il importe d'ajouter au programme d'études des écoles de médecine et de soins infirmiers des informations de base sur le programme antituberculeux national.

L'évaluation doit faire partie intégrante du programme et y être incorporée dès le début. Le comité a passé en revue les indicateurs à employer pour évaluer les diverses composantes du programme et les indicateurs qui peuvent servir à déceler les défauts éventuels.

Le comité a jugé qu'il demeurait important de poursuivre la recherche dans des directions nouvelles, mais qu'il importait également de tester les connaissances actuelles sur le terrain.

Enfin, le comité s'est penché sur les fonctions de l'OMS dans la lutte antituberculeuse ainsi que sur le rôle de l'Union internationale contre la Tuberculose et d'autres organisations bénévoles.

### 6.3 Les recommandations

La plupart des recommandations du comité sont sous-entendues dans les remarques techniques dont certains des points essentiels ont été soulignés plus haut. Mais on trouvera ci-dessous un certain nombre de recommandations plus explicites :

- a) Les laboratoires de référence pour le titrage des produits de BCG doivent être maintenus et l'OMS doit leur apporter une aide. La formation de travailleurs nationaux aux techniques de production de vaccins BCG lyophilisés doit être poursuivie.
- b) Au niveau international, il serait préférable de n'accorder un appui technique qu'aux quelques laboratoires BCG capables de produire de grandes quantités de vaccins de bonne qualité et de couvrir les besoins de groupes importants. Les petits laboratoires qui produisent du vaccin BCG devraient, eux, être fermés.
- c) Tout malade dépisté doit avoir accès gratuitement à une chimiothérapie adéquate.
- d) Le traitement des immigrants et des travailleurs étrangers atteints de tuberculose devrait être à la charge du pays d'accueil.
- e) Les ressources financières et le personnel disponibles pour la lutte antituberculeuse doivent être employés pour l'organisation de programmes efficaces et étendus de soins ambulatoires et non pas pour le traitement hospitalier. Les autorités nationales doivent reconsidérer les motifs pour lesquels elles conservent le système traditionnel des sanatoriums.

f) Les pays qui dépendent de l'assistance internationale doivent s'efforcer d'obtenir un approvisionnement ininterrompu en fournitures essentielles (BCG, médicaments classiques) car une rupture de stock risquerait de réduire à néant les efforts engagés auparavant.

g) L'information technique, notamment celle qui est présentée dans la Série de Rapports techniques et le Bulletin de l'OMS, doit être diffusée le plus largement possible et être distribuée aux établissements nationaux chargés de programmes de lutte antituberculeuse, aux écoles de médecine et aux administrateurs de la santé occupant des postes de haute responsabilité.

h) L'OMS doit intensifier ses efforts en vue de coordonner la recherche sur la tuberculose avec la recherche dans des domaines connexes tels qu'enseignement et formation professionnelle, planification, organisation et développement des services de santé, sciences de la gestion, sociologie, etc.

#### 6.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

Avec l'aide de l'Union internationale contre la Tuberculose, l'Organisation veillera à ce que le rapport soit distribué aux responsables de la lutte antituberculeuse, aux organisateurs et administrateurs chargés de la lutte contre la tuberculose, au personnel qui doit résoudre les problèmes quotidiens de la tuberculose dans la collectivité, aux établissements pour tuberculeux, aux doyens d'écoles de médecine, ainsi qu'aux écoles de santé publique et de soins infirmiers. Elle s'est adressée aux responsables d'importantes revues médicales à travers le monde afin qu'ils fassent largement connaître le rapport, qu'ils en publient des résumés ou - de préférence - qu'ils le reproduisent dans sa totalité, dans différentes langues.

La recommandation du comité selon laquelle il ne faut utiliser que du vaccin BCG de qualité contrôlée est venue confirmer l'intérêt de la surveillance de la qualité des vaccins BCG que pratique l'Organisation pour les projets entrepris sur le terrain avec l'assistance du FISE et de l'OMS. Cette recommandation a par la suite été entérinée par la Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé qui, en mai 1974, a adopté une résolution sur le "contrôle de la qualité des vaccins BCG" (WHA27.54). Ceci n'est pas non plus sans intérêt pour le programme élargi d'immunisation que met actuellement au point l'Organisation.

Les recommandations concernant le programme de recherche sur la tuberculose ont été revues depuis lors et approuvées par le Comité consultatif OMS de la Recherche médicale en juin 1974. Sur cette base, l'Organisation poursuivra un programme de recherche qui, outre l'étude de certains problèmes fondamentaux de prévention et de chimiothérapie, mettra l'accent sur l'application rationnelle et économique des résultats scientifiques et des progrès techniques à l'atténuation du problème que pose la tuberculose, notamment dans les régions sous-privilegiées du monde.

### 7. EVALUATION DE CERTAINS ADDITIFS ALIMENTAIRES

Dix-huitième rapport d'un comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires  
Rome, 4-13 juin 1974<sup>28</sup>

#### 7.1 Antécédents

Cette réunion était la dix-huitième d'une série de rencontres organisées pour donner suite aux recommandations de la conférence conjointe FAO/OMS sur les substances ajoutées aux denrées alimentaires, réunie à Genève en 1955.<sup>29</sup> Lors de ses réunions antérieures, le comité avait fixé des principes pour le contrôle des additifs alimentaires et établi des directives de vérification

<sup>28</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1974, N° 557.

<sup>29</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1956, N° 107.



et d'évaluation afin de garantir la sécurité d'emploi de ces additifs pour le consommateur. A sa dix-huitième session, le comité a revu plusieurs principes généraux concernant les doses journalières admissibles fixées lors de réunions précédentes, à la lumière des observations contenues dans le rapport de la troisième conférence conjointe FAO/OMS sur les additifs et contaminants alimentaires;<sup>30</sup> le comité a fait une première évaluation d'un certain nombre d'additifs alimentaires et également réévalué plusieurs substances examinées lors de réunions précédentes.

## 7.2 Le rapport

A cette dix-huitième réunion, le comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires avait pour mandat :

- a) de réexaminer le rapport de la troisième conférence conjointe FAO/OMS sur les additifs et contaminants alimentaires;
- b) de préparer des normes et de faire l'évaluation toxicologique de certains additifs alimentaires;
- c) de réviser les normes relatives à certains additifs alimentaires; et
- d) de réévaluer certains additifs alimentaires.

Le comité a souligné une fois de plus qu'il importait d'avoir des données chimiques, biochimiques et toxicologiques suffisantes pour l'évaluation, car les données dont on dispose pour bon nombre de substances ajoutées intentionnellement aux aliments sont tout à fait insuffisantes pour pouvoir fixer une dose journalière admissible (DJA) et par conséquent garantir leur sécurité d'emploi. Se reportant à la déclaration selon laquelle la dose journalière admissible d'une substance ne tenait pas compte des quantités naturellement présentes dans les aliments, le comité a estimé qu'en règle générale la DJA devait correspondre à la quantité totale d'une substance contenue dans les aliments. Mais il faut préciser sans ambiguïté les exceptions et le comité a insisté sur la nécessité de contrôler la quantité totale de la substance étudiée que renferme la ration alimentaire de l'animal d'expérience. Cependant, si la substance se trouve dans l'aliment sous une forme chimique différente de celle qu'elle a en tant qu'additif, il est parfois nécessaire de l'évaluer séparément. Le comité a étudié dans cette nouvelle optique l'acide ascorbique, l'acide benzoïque, l'acide formique, l'acide sorbique, les nitrates, les tocophérols et l'acide glutamique libre.

Pour plus de clarté, le comité a décidé de remplacer l'expression "DJA sans limite" par celle de "DJA non spécifiée". Cette expression signifie que, compte tenu des données chimiques, biochimiques et toxicologiques disponibles, la dose journalière totale de la substance, du fait de son ou de ses emplois aux concentrations nécessaires pour obtenir l'effet souhaité et de son niveau de fond admissible dans les aliments, ne constitue pas, de l'avis du comité, un danger pour la santé. Pour cette raison et pour les raisons indiquées lors des évaluations individuelles l'établissement d'une dose journalière admissible (DJA) exprimée en mg/kg de poids corporel n'est pas jugée nécessaire.

Le comité a fait une évaluation et une réévaluation d'additifs ajoutés intentionnellement aux aliments et appartenant aux catégories suivantes : les aromatisants et exaltateurs d'arôme, les colorants alimentaires, les enzymes alimentaires, les épaississants, divers additifs alimentaires, dont la saccharine, ainsi que l'amiante en tant que contaminant alimentaire.

## 7.3 Les recommandations

Le comité a formulé les recommandations suivantes :

---

<sup>30</sup> WHO/FOOD ADD/74.43 (1974) Rapport de la troisième conférence conjointe FAO/OMS sur les additifs et contaminants alimentaires.

- a) La FAO et l'OMS doivent organiser régulièrement des réunions du comité d'experts étant donné le nombre imposant d'additifs et de contaminants alimentaires qu'il est nécessaire d'évaluer ou de réévaluer.
- b) Il faut réexaminer les principes généraux qui régissent l'établissement de normes pour les additifs alimentaires.
- c) Les méthodes et techniques d'analyse des additifs alimentaires doivent être réexaminées de façon approfondie et modernisées en fonction des progrès de la science alimentaire, de la toxicologie et des disciplines connexes. La mise au point d'épreuves destinées à évaluer les potentialités mutagènes des additifs alimentaires doit être encouragée. De même, il faudrait considérer l'induction des tumeurs comme une manifestation de toxicité des additifs alimentaires, et envisager les moyens pratiques d'étudier l'existence possible d'un seuil pour les effets des cancérogènes et des mutagènes chimiques.
- d) Il faut encourager une surveillance plus stricte de certaines substances dans tout l'environnement, alimentation comprise, si ces substances soulèvent des problèmes toxicologiques intéressant la sécurité des consommateurs.

#### 7.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

Le programme mené par l'Organisation en matière de sécurité des denrées alimentaires s'inspire des conclusions de ce comité d'experts, et une réunion du comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires est prévue par l'Organisation en 1975. L'OMS prend actuellement des mesures pour étudier les moyens d'identifier les additifs alimentaires dont des données nouvelles ont montré qu'ils n'étaient pas vraiment sûrs, en utilisant notamment les données du programme OMS de surveillance de l'environnement.

Il a été proposé que des réunions soient organisées dans les domaines recommandés par le comité d'experts.

### 8. LES SERVICES INFIRMIERS DES COLLECTIVITES

Rapport d'un comité d'experts de l'OMS  
Genève, 30 juillet-5 août 1974<sup>31</sup>

#### 8.1 Antécédents

Des comités d'experts des soins infirmiers, réunis à plusieurs reprises depuis 1950, ont étudié divers aspects de l'administration et de la gestion des services infirmiers, les fonctions et la formation du personnel infirmier, ainsi que le rôle des services infirmiers dans les programmes de prestations médico-sanitaires.<sup>32</sup> Cette réunion du comité avait pour but de préciser la contribution que les services infirmiers pouvaient apporter à l'amélioration de la santé des collectivités. De l'avis du comité, il est indispensable que la santé soit reconnue comme un droit fondamental de l'homme et la protection de la santé comme un moyen essentiel de garantir ce droit pour que la protection sanitaire des collectivités puisse être assurée efficacement. Il a également considéré que cette notion était inséparable du principe selon lequel les soins doivent être accessibles à toute la population, le mot "accessible" signifiant que les soins doivent être assurés quand le patient en a besoin, sans aucune restriction d'ordre économique, social ou culturel, et que les services qui les dispensent doivent être assez faciles à atteindre, de manière à assurer une pleine utilisation des services.

#### 8.2 Le rapport

Lors de la réunion, les experts se sont penchés sur les questions suivantes : notions relatives à la protection sanitaire et facteurs influant sur l'évolution du rôle de la protection

<sup>31</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1974, N° 558.

<sup>32</sup> Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1950, N° 24; 1952, N° 49; 1953, N° 60; 1954, N° 91; 1959, N° 167; 1966, N° 347.

sanitaire des collectivités, et analyse de la situation sanitaire actuelle dans le monde, notamment celle des collectivités rurales, qui représentent environ 80 % de la population du globe, et des collectivités démunies. Le comité a particulièrement évoqué la situation en matière de soins infirmiers et ses rapports avec les besoins de la collectivité et l'expérience en matière d'éducation, Ayant considéré l'ampleur des difficultés qui entravent le fonctionnement efficace des services infirmiers des collectivités, le comité a dressé une liste de questions dont la réponse, à son avis, devrait être fournie par l'action infirmière, s'exerçant seule ou de concert avec l'action d'autres groupes responsables de la santé des collectivités. Le comité a proposé plusieurs changements sans lesquels aucun progrès réel n'est possible : changements dans les conceptions, changements dans la formation infirmière et changements dans les services infirmiers.

Prenant pour principe que c'est à chaque pays et à chaque collectivité qu'il appartient de décider des méthodes à adopter et des mesures à prendre pour mettre sur pied un programme d'action sanitaire efficace, le comité a envisagé un certain nombre de solutions pour le renforcement des services infirmiers des collectivités. Ces solutions portent sur le développement des ressources en personnel sanitaire, la modification parallèle du rôle et des fonctions du personnel, les conséquences qui en découlent en matière de formation et les techniques d'évaluation.

### 8.3 Les recommandations

Reconnaissant l'urgence des besoins en matière de santé et la pénurie de services de santé dans la plupart des collectivités, le comité a formulé les recommandations suivantes :

- a) Créer et développer des services infirmiers des collectivités qui correspondent aux besoins de celles-ci, assurent des soins primaires à toute la population et lui garantissent la sécurité et la pertinence des services fournis.
- b) Elaborer des programmes d'enseignement infirmier faisant de la santé des collectivités l'objectif central de la formation de base et de la formation continue.
- c) Développer les personnels de santé, dont font partie les personnels infirmiers, dans le cadre des plans généraux de développement national. Ces plans devraient prévoir une répartition et une utilisation rationnelles du personnel, afin d'assurer la couverture sanitaire des collectivités et les systèmes de soutien indispensables, compte tenu des besoins actuels et des besoins prévus.
- d) Revoir les politiques sanitaires et les contraintes juridiques et professionnelles qui ont un effet négatif sur la protection sanitaire, tâche qui serait confiée aux collectivités intéressées et à leurs agents sanitaires, et prendre des mesures appropriées pour éliminer ces contraintes.
- e) Etablir des politiques et des objectifs en matière de service et d'éducation qui soient inspirés par une coopération permanente entre représentants de la collectivité, des établissements fournisseurs de services, des programmes d'enseignement et des groupes professionnels.

### 8.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

En formulant ces recommandations, le comité a donné des directives précises pour l'orientation future du programme entrepris par l'Organisation, afin d'appuyer le développement des services infirmiers des collectivités. L'OMS encouragera et aidera les autorités à élaborer des programmes de formation de travailleurs sanitaires primaires qui soient intégrés dans la structure du pays. En outre, elle favorisera et soutiendra des programmes d'enseignement visant à préparer un cadre d'infirmières et autres personnels capables de former et guider les agents sanitaires des collectivités à tous les niveaux. L'Organisation fournira des informations sur les approches novatrices en matière de programmes des collectivités et leurs répercussions sur la santé, tout en suggérant, le cas échéant, les modifications à leur apporter en fonction des besoins nationaux. Une fois adoptées ces notions, idées et orientations nouvelles concernant

toute la gamme des personnels sanitaires professionnels et le système sanitaire lui-même, l'OMS continuera à encourager le développement des services infirmiers des collectivités.

## 9. STATISTIQUES SANITAIRES (Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies)

### Rapport d'un comité d'experts de l'OMS Genève, 4-10 juin 1974<sup>33</sup>

#### 9.1 Antécédents

La révision périodique de la Classification internationale des Maladies est l'une des tâches qui incombent constitutionnellement à l'Organisation mondiale de la Santé. Depuis sa création, l'OMS s'est chargée des Sixième (1948), Septième (1955) et Huitième (1965) Révisions. Les préparatifs de la Neuvième Révision ont débuté en 1969 avec la première réunion du groupe d'étude sur la classification des maladies, qui a fixé des directives générales et établi le calendrier des activités relatives à la révision. Le groupe s'est réuni une deuxième fois en 1971 pour faire le point des progrès accomplis et une troisième fois en 1973 pour examiner les avant-projets de révision préparés par l'Organisation. Ces avant-projets ont ensuite été distribués aux Etats Membres pour qu'ils les étudient et formulent des observations.

#### 9.2 Le rapport

Le comité d'experts avait pour mandat de faire des recommandations concernant la forme définitive de la Neuvième Révision à soumettre à la conférence internationale de la révision, qui se réunira à Genève du 30 septembre au 6 octobre 1975. Le comité a revu en détail non seulement la Classification elle-même, compte tenu des observations adressées par les Etats Membres, mais aussi diverses questions connexes telles que les règles de codage, les formules de certificat, les listes pour mise en tableaux et les définitions concernant la période périnatale, les classifications connexes concernant notamment les actes chirurgicaux, radiologiques, de laboratoire et autres, ainsi que celles des infirmités et des handicaps. Le comité s'est également penché sur la question de la formation à l'emploi de la Neuvième Révision, compte tenu des divers usages de la Classification.

#### 9.3 Les recommandations

Le comité d'experts a formulé des recommandations sur les points suivants :

- a) classification de rechange, selon l'étiologie et selon la manifestation, pour certains diagnostics;
- b) forme et contenu des différents chapitres de la Classification;
- c) introduction d'une nomenclature approuvée;
- d) règles de codage (morbidité, mortalité, causes multiples);
- e) listes pour la mise en tableaux des statistiques;
- f) forme et contenu des classifications supplémentaires (actes et interventions, infirmités, handicaps, symptômes et troubles subjectifs);
- g) formule de certificat de la cause de décès périnatal;
- h) définitions concernant la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales; et
- i) formation à l'emploi de la Neuvième Révision.

---

<sup>33</sup> Document WHO/ICD.9/74.4.

#### 9.4 Répercussions sur le programme de l'Organisation

A la lumière des recommandations faites par le comité d'experts, l'Organisation prépare actuellement le projet final pour la Neuvième Révision et pour les Classifications supplémentaires qu'il est prévu de publier simultanément. Ces projets constitueront les documents de travail dont sera saisie la conférence internationale de la révision, à laquelle tous les Etats Membres seront invités à envoyer des délégués. Le rapport de la conférence, auquel la Neuvième Révision sera jointe en annexe, sera soumis pour adoption à la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1976, conformément à l'article 2 du Règlement de Nomenclature de l'OMS.

\* \* \*