



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-septième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA ONZIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Mardi 20 janvier 1981, à 14 h 30



PRESIDENT : Dr D. BARAKAMFITIYE

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Projet de budget programme pour la période financière 1982-1983 (suite)	
Rapports des directeurs régionaux sur des questions intéressant les comités régionaux qui réclament l'attention particulière du Conseil (suite) ...	2
Examen du programme (suite)	
Promotion et développement de la recherche (suite)	2
Lutte contre les maladies transmissibles :	
Planification du programme et activités générales	4
Surveillance épidémiologique	4
Paludisme et autres maladies parasitaires	7

Note : Le présent procès-verbal est un document provisoire, les comptes rendus des interventions n'ayant pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci. Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences qui assiste aux séances, soit être envoyées au service des Comptes rendus (Bureau 4012, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse), cela avant le 13 mars 1981.

ONZIEME SEANCE

Mardi 20 janvier 1981, à 14 h 30

Président : Dr D. BARAKAMFITIYE

1. PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR LA PERIODE FINANCIERE 1982-1983 : Point 9 de l'ordre du jour (résolutions WHA33.17, paragraphe 4 1) et WHA33.24, paragraphe 3; document PB/82-83) (suite)

RAPPORTS DES DIRECTEURS REGIONAUX SUR DES QUESTIONS INTERESSANT LES COMITES REGIONAUX QUI RECLAMENT L'ATTENTION PARTICULIERE DU CONSEIL : Point 10 de l'ordre du jour (résolution WHA33.17, paragraphe 4.4); documents EB67/5, EB67/6, EB67/7, EB67/8 et EB67/10) (suite)

EXAMEN DU PROGRAMME : Point 9.2 de l'ordre du jour (suite)

DEVELOPPEMENT, DIRECTION ET COORDINATION D'ENSEMBLE DES PROGRAMMES (section 2 de la résolution portant ouverture de crédits; document PB/82-83, pages 65-89) (suite)

Promotion et développement de la recherche (grand programme 2.4) (suite)

Le PRESIDENT donne la parole au Président du Comité consultatif mondial de la Recherche médicale, qui n'a pu être présent lors de l'examen du grand programme 2.4.

Le Professeur BERGSTRÖM (Président du Comité consultatif mondial de la Recherche médicale) explique que si les Comités consultatifs de la Recherche médicale sont liés sur le plan administratif à la promotion et au développement de la recherche, ils participent en fait à un bon nombre de programmes de recherche relevant de divers titres du budget. Leur tâche principale consiste à aider l'OMS à identifier les besoins et les possibilités de recherche susceptibles d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de l'Organisation en matière de santé. Mais la triste réalité est que ces progrès dépendent en grande partie des ressources disponibles, à savoir non seulement des ressources financières mais également des ressources en personnel ayant reçu une formation adéquate; dans ce domaine, comme dans d'autres, le problème consiste à accroître les ressources disponibles pour et dans les pays en développement.

Dans les pays industrialisés, les données relatives à la mortalité ne sont plus des indicateurs suffisamment précis de l'état de santé, puisque environ les deux tiers de la population meurent entre l'âge de 60 et de 90 ans, La morbidité due à des maladies chroniques, non transmissibles, débilitantes et douloureuses constitue le problème principal, et la recherche médicale est donc axée vers des maladies telles que le cancer, l'artériosclérose, l'hypertension, les maladies rhumatismales, etc. Une grande partie des fonds de recherche médicale du monde (dont le montant se situe entre US \$5 000 000 000 et US \$6 000 000 000) est consacrée à ces problèmes et à la recherche biomédicale fondamentale. En revanche dans les pays en développement, les données relatives à la mortalité demeurent des indicateurs très précis de l'amélioration de la santé, notamment les données sur la mortalité infantile, puisque dans bien des cas 30 % de la population meurent avant l'âge de 5 ans. Dans ces pays, d'importants résultats pourraient être obtenus rapidement grâce à une information effective et à l'application de méthodes connues, pour peu que les ressources nécessaires soient dégagées et utilisées de façon adéquate. Il faut développer la recherche sur les services de santé, c'est-à-dire la recherche sur le service de santé et sa zone opérationnelle, tout cela étant étroitement lié aux soins de santé primaires. Les dépenses engagées pourraient, pour l'essentiel, être financées par des ressources nationales et des fonds bilatéraux.

Il faut toutefois se garder de sous-estimer le besoin de mettre en oeuvre des méthodes nouvelles ou améliorées dans des domaines tels que les maladies parasitaires tropicales, la reproduction humaine, les diarrhées d'origine virale, ou la nutrition dans ses rapports avec les problèmes du sevrage et des maladies diarrhéiques, tous domaines qui ne viennent généralement pas en priorité dans les efforts de recherche des pays industrialisés. Il ne faut pas non plus sous-estimer l'importance d'un renforcement du potentiel scientifique des pays en développement pour assurer une adaptation rapide et la mise en application de nouvelles

connaissances. Un tel renforcement des moyens n'exige pas seulement des efforts en matière de formation mais également le renforcement ou la création d'institutions scientifiques et l'élaboration de plans de carrières adéquats. Les CCRM ont examiné ces questions de façon approfondie. De remarquables progrès ont été accomplis au cours des années 1970, lorsque le champ d'action scientifique et la crédibilité de l'OMS ont progressivement augmenté grâce à l'accroissement des contributions volontaires d'un certain nombre d'Etats Membres, dont le montant se chiffre aujourd'hui à plus de US \$40 millions par an.

Plusieurs milliers de scientifiques éminents du monde entier, spécialistes des questions auxquelles l'OMS accorde un haut degré de priorité, participent aujourd'hui directement et activement à la planification et à l'exécution des efforts de recherche et de formation dirigés par le personnel de l'OMS. Les principes de gestion adoptés par l'OMS et mis en application par les grands conseils et établissements de recherche des pays industrialisés garantissent la qualité et le caractère adéquat de la recherche, grâce à des études effectuées par des pairs, etc. La participation d'un aussi grand nombre de scientifiques a également un effet à long terme sur leurs pays d'origine, puisque le nombre des universitaires s'engageant dans cette voie va croissant et qu'une part plus importante des ressources des pays sont utilisées pour la recherche. De plus, grâce à ces programmes et à la participation de l'OMS l'industrie pharmaceutique commence à consentir un plus grand effort dans les domaines prioritaires.

Se référant aux discussions du Conseil exécutif l'année précédente, le Professeur Bergström juge excellents les systèmes de traitement automatique de l'information qui sont aujourd'hui en service dans le cadre des programmes spéciaux et exprime l'espoir que leur emploi se généralisera un jour au sein de l'Organisation.

Le renforcement des moyens de recherche est de nature un peu différente car il exige des engagements à long terme et, en fin de compte, une prise en charge nationale. Là encore, l'OMS est l'organisation la mieux placée pour veiller à ce que les personnels nationaux participent sans interruption à des projets de recherche appropriés et bien organisés durant la période de cinq à dix ans nécessaire pour créer une unité viable, seule méthode de formation qui soit réellement efficace.

Le rôle de l'OMS à l'égard des efforts de recherche des pays industrialisés consiste à catalyser une collaboration accrue et à coordonner les efforts nationaux des divers pays, à la fois sur le plan multilatéral et bilatéral. Les progrès pourraient être accélérés par l'expérimentation de médicaments, des mesures de santé publique et la recherche sur les services de santé - toutes activités qui, pour l'essentiel, peuvent être financées dans le cadre du budget ordinaire auquel viendraient s'ajouter quelques contributions volontaires. La situation est différente dans les pays en développement qui doivent progresser rapidement dans le renforcement de leurs institutions scientifiques et dans la recherche sur leurs problèmes prioritaires. A long terme, des ressources nationales et peut-être des fonds bilatéraux permettront d'appuyer ces activités, mais pour les prochaines décennies, il est indispensable que l'OMS dirige les efforts coordonnés des pays en matière de recherche et de formation.

S'agissant de l'utilisation des contributions volontaires, le Professeur Bergström déclare qu'environ 75 % d'entre elles vont directement à des projets mis en oeuvre, pour la plupart, dans des pays en développement. L'utilisation des fonds est liée aux résultats d'études scientifiques rigoureuses effectuées par des pairs concernant la qualité et l'adéquation des projets, et il n'y a aucun doute que ces contributions permettront de développer les efforts de recherche des pays industrialisés sur les problèmes du monde en développement. Le programme majeur, à savoir le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, est d'autre part supervisé par un Conseil conjoint de coordination, constitué par 26 représentants de gouvernements, en majorité des gouvernements de pays en développement. Tous les CCRM sont d'accord pour estimer que l'augmentation des contributions volontaires au programme de recherche de l'OMS revêt une importance cruciale pour le développement de la santé; elle encouragerait et permettrait en effet la meilleure forme de transfert de technologies en matière de santé, et elle constitue le moyen le plus efficace de promouvoir la coopération technique non seulement entre pays en développement, mais également entre tous les pays Membres.

LUTTE CONTRE LA MALADIE (section 4 de la résolution portant ouverture de crédits, document PB/82-83, pages 146-195)

Lutte contre les maladies transmissibles (grand programme 4.1)

Planification du programme et activités générales (programme 4.1.0)

Surveillance épidémiologique (programme 4.1.1)

Le Dr ALVAREZ GUTIERREZ, commentant le paragraphe 7 du texte du programme 4.1.1, demande si la réduction du volume des programmes pour la région du sud-est asiatique implique que les pays de cette région n'ont fait aucune demande pour la période 1982-1983, et si les économies ainsi réalisées seront utilisées ailleurs dans le cadre du budget ordinaire. Cette réduction signifie-t-elle que l'OMS n'entreprendra aucune activité de surveillance épidémiologique dans la région du sud-est asiatique ?

Le Dr HYZLER (suppléant du Dr Reid) approuve l'essor général du programme de surveillance épidémiologique, qui est une composante importante de la stratégie pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. La référence faite au paragraphe 3, dans le cadre du grand programme 4.1, à la promotion tout à la fois des travaux de recherche opérationnelle et de recherche fondamentale est un facteur d'équilibre, qui satisfait tous ceux qui jugent nécessaire d'encourager une progression parallèle de ces deux branches de travail scientifique. Le Dr Hyzler approuve le groupage des maladies en fonction de l'utilisation d'une technologie appropriée, tel qu'il figure aux paragraphes 5, 6 et 7 du grand programme 4.1.

Le paragraphe 5 fait référence à la vaccination contre la rubéole. Il est indispensable de prendre en considération l'intérêt de cette vaccination non seulement pour prévenir la maladie elle-même, mais, ce qui est plus important, pour éviter certaines malformations congénitales avec leurs séquelles d'handicaps physiques et mentaux. Le Dr Hyzler demande donc instamment que la vaccination contre la rubéole bénéficie d'un degré de priorité beaucoup plus élevé dans la formulation des stratégies de vaccination.

Le paragraphe 9 du texte du grand programme 4.1 fait mention de la préoccupation grandissante du personnel des lignes aériennes et des services postaux concernant le transport des matériels biologiques. C'est là un rappel opportun d'un problème qui peut être une source de difficultés dans certains aspects des travaux scientifiques poursuivis en collaboration à l'échelle internationale; aucun effort ne doit être épargné pour calmer ces inquiétudes. Les conseils dont le propre pays de l'intervenant a bénéficié de la part tant du Bureau régional que du Siège ont été très précieux. C'est là un exemple de la façon dont le prestige et l'autorité de l'Organisation peuvent être mis à contribution.

Le même paragraphe fait référence à la création dans de nombreux pays de laboratoires et d'installations hospitalières de haute sécurité pour isoler et traiter les personnes exposées aux pathogènes dangereux ou infectées par ceux-ci. Le Dr Hyzler appelle l'attention sur la mise au point dans son pays d'une installation connue sous le nom d'"isolateur", qui permet de soigner le patient dans une tente en plastique. L'air qui pénètre dans la tente et qui en sort passe à travers des filtres, de sorte que le personnel qui soigne le patient se trouve protégé; l'accès au patient se fait par invagination de l'enveloppe plastique. Cette installation (aujourd'hui en service dans un certain nombre d'hôpitaux) s'est révélée satisfaisante, puisqu'elle permet à la fois de soigner le patient sans risques et évite de construire des installations hospitalières spécialisées et coûteuses pour isoler des patients présentant des symptômes suspects ou que l'on sait atteints d'une maladie très contagieuse. Cette installation mérite de retenir l'attention de l'Organisation.

Le Dr ORADEAN estime que, compte tenu de l'importance des maladies transmissibles, le programme de surveillance épidémiologique ne semble pas tout à fait suffisant. Deux cours d'épidémiologie organisés annuellement ne peuvent satisfaire aux besoins croissants des pays Membres concernant le développement des services épidémiologiques et de la recherche fondamentale et opérationnelle. Elle juge important d'élargir le programme tant sous l'aspect de la formation du personnel que de la qualité de l'information épidémiologique afin d'améliorer la planification de la lutte contre les maladies transmissibles et surtout l'évaluation des résultats.

Le Dr KRUISINGA souligne l'importance fondamentale de la lutte contre les maladies transmissibles. Notant que les prévisions d'engagements de dépenses inscrites dans le cadre du budget ordinaire pour cette activité en 1982-1983 sont en augmentation par rapport à l'exercice précédent, il demande si, du fait de l'inflation, cela représente ou non une augmentation "réelle". Le Secrétariat aurait-il la possibilité matérielle d'indiquer dans les futurs budgets les sommes qu'il est proposé d'engager pour une activité particulière en fonction du coût réel par rapport aux exercices précédents.

Le paragraphe 6 du texte du programme 4.1.1 (Surveillance épidémiologique) fait référence à la coopération de l'OMS pour améliorer la qualité et l'étendue de l'information épidémiologique, en collaboration avec les Etats Membres. Aux termes de l'article 64 de la Constitution, chaque Membre doit fournir des rapports statistiques et épidémiologiques selon des modalités à déterminer par l'Assemblée de la Santé. Les Etats Membres ont donc clairement une obligation à cet égard. Le Dr Krusinga souhaiterait que le Secrétariat fasse une déclaration concernant la situation actuelle en matière de rapports et indique si les Etats Membres remplissent cette obligation constitutionnelle.

Le PRESIDENT, parlant en son nom personnel, s'associe aux orateurs qui ont souligné l'importance de la lutte contre les maladies transmissibles, sujet de préoccupation fondamentale pour les pays en développement.

Le groupage général des maladies figurant aux paragraphes 4-8 du grand programme 4.1 est une approche capable d'aider les techniciens locaux de la santé. Un autre point important est la nécessité d'élaborer en matière de diagnostic et de thérapeutique des techniques normalisées pour aider les personnels de santé des services de santé périphériques ou intermédiaires. Le Président fait également sien l'argument du Dr Oradean concernant le renforcement de la formation en épidémiologie.

De toute évidence, les crédits budgétaires pour la lutte contre les maladies transmissibles reflètent l'importance de ce programme majeur. La surveillance épidémiologique pose un immense problème, en particulier dans les pays en développement. Peut-être pourrait-on envisager une méthode pour associer la notification épidémiologique à l'évaluation des programmes de vaccination.

Le Dr ZAHRA (Directeur de la Division des Maladies transmissibles) remercie le Conseil d'avoir adopté l'ensemble du programme et est heureux de confirmer que les travaux se poursuivent dans les directions indiquées, ce qui se traduit par la préparation d'un programme global à moyen terme de lutte contre les maladies transmissibles. Ce document a été établi en se fondant sur des discussions permanentes à différents niveaux - national, régional et du Siège - et fournira une base satisfaisante en vue d'une approche plus critique du budget programme actuellement étudié.

Le Dr Hyzler a fait référence aux importantes activités qui se déroulent actuellement afin d'introduire un élément de biosécurité dans les programmes en cours : il s'agit d'élaborer un programme qui ne perde pas de vue les risques qui apparaissent, et fournisse des directives pratiques en matière de biosécurité. Dans ce cas également, il existe un programme à moyen terme sur les mesures de sécurité en microbiologie, et un travail important a été accompli en vue de l'élaboration de directives portant par exemple sur les divers aspects du transport de spécimens infectieux. Ces directives ont été étudiées par l'OMS dans le cadre de groupes de travail auxquels participaient d'autres institutions, telles que l'Association du transport aérien international et l'Union postale internationale, et ont été acceptées sur une base tripartite. Le Dr Hyzler a parlé de "l'isolateur". L'utilisation de cet équipement a été recommandé par le plus récent groupe de travail de l'OMS et figure dans les directives internationales qui ont été établies en matière de sécurité des laboratoires.

Le Dr Oradean, le Président et d'autres membres ont parlé du rôle essentiel de la formation pour la mise en place d'une surveillance épidémiologique. Il reconnaît que l'organisation de deux cours interrégionaux seulement ne constitue qu'une piètre contribution à la mise en place et au renforcement de mécanismes de formation, mais l'Organisation accorde heureusement une plus grande importance, par le biais de ses programmes régionaux et nationaux, à la formule "apprendre par la pratique" et aux activités sur le terrain au niveau régional, fondées sur des programmes de lutte effectivement en application, l'étude des épisodes morbides, ou les projets de recherche en laboratoire ou sur le terrain.

En réponse au Dr Krusinga, il fait remarquer que le financement d'un programme aussi fondamental pour les pays en développement et aussi varié que le programme des maladies transmissibles ne pourra qu'être limité. Toutefois, la nouvelle voie prise pour l'élaboration du

programme à moyen terme de lutte contre les maladies transmissibles montre que des programmes bien conçus et bien formulés, axés sur des problèmes et la solution de ces problèmes, et financés par le budget ordinaire, attireraient en temps utile des ressources extrabudgétaires beaucoup plus importantes et permettraient de s'engager dans des actions d'une envergure beaucoup plus grande au niveau national.

En ce qui concerne les obligations constitutionnelles de l'OMS, il déclare que l'OMS publie chaque année un rapport d'activités sur le fonctionnement des règlements sanitaires internationaux, en accord avec les Etats Membres et les membres du tableau d'experts de la surveillance internationale des maladies transmissibles.

Le Dr CARTER (Surveillance épidémiologique des Maladies transmissibles) dit qu'en soulignant la nécessité de disposer de techniques de diagnostic adaptées à la lutte contre les maladies transmissibles au niveau périphérique, le Président a identifié le problème posé par la mise en place d'une surveillance épidémiologique. Dans de nombreux pays, il reste encore beaucoup à faire pour dispenser ne serait-ce que les soins de santé primaires au niveau périphérique, et des éléments de surveillance aussi fondamentaux que le diagnostic et la notification précoce des cas de maladies ne pourront être mis en place qu'au fur et à mesure du développement des soins de santé primaires.

Comme l'a fait remarquer le Dr Oradean, la formation d'épidémiologistes à l'occasion de deux cours interrégionaux ne pourra avoir qu'un effet limité sur l'importance du personnel qualifié chargé d'effectuer cette surveillance, qui n'est que l'une des nombreuses activités d'un service épidémiologique efficace. Il faut espérer que les jeunes médecins formés dans ces cours mettront en place des activités de surveillance dans leurs propres pays au niveau périphérique, avec le personnel médical et auxiliaire existant.

Les efforts menés en commun dans le cadre de programmes de lutte contre la maladie, tels que le programme élargi de vaccination et le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, comprennent toujours le développement d'activités de surveillance liées aux maladies concernées. Cette surveillance fait partie intégrante de l'évaluation, et en est une part essentielle.

En réponse à la demande du Dr Kruisinga d'avoir certains renseignements sur l'exhaustivité des notifications épidémiologiques, il déclare que l'accent est mis sur le rôle essentiel des activités de surveillance. On peut citer comme exemple le fait que, bien que les informations sur la poliomyélite s'améliorent d'année en année, il faut encore attendre 10 ou 11 mois avant d'obtenir des informations complètes sur une année donnée. La poursuite de la mise en place de services épidémiologiques nationaux se traduira par l'obtention d'informations plus complètes et plus à jour.

Le Dr GUNARATNE (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) rappelle que le Dr Álvarez a remarqué une réduction d'environ US \$200 000 par rapport à la période biennale précédente au titre du programme de surveillance épidémiologique pour l'Asie du Sud-Est (de 1,9 million de dollars des Etats-Unis à 1,7 million de dollars, réduction qui touche principalement le Bangladesh). Au cours de la période biennale 1980-1981, deux projets de formation d'épidémiologistes ont été financés par le budget ordinaire et par le PNUD, projets qui devraient se terminer à la fin de 1981. A la place de ces projets, on a regroupé deux instituts du Bangladesh (l'Institut d'Epidémiologie et l'Institut national de médecine sociale et préventive) afin de former le personnel épidémiologique de niveau intermédiaire de ce pays, pendant la période biennale 1982-1983.

M. FURTH (Sous-Directeur général) dit que la question du Dr Kruisinga portant sur l'éventuelle répartition des augmentations budgétaires en augmentations réelles et des augmentations de coûts lui donne l'occasion d'appeler l'attention du Conseil sur le tableau de la page 58 qui présente une telle ventilation pour tous les grands programmes. Il ressort de ce tableau que la hausse en termes réels du programme de lutte contre les maladies transmissibles a été de 3,32 %, alors que l'augmentation de coût s'est élevée à 11,43 % et que l'ensemble du programme représente 15,51 % du total du budget ordinaire. Les tableaux des pages 24 à 27 présentent une autre ventilation de ce type, où les augmentations réelles et les augmentations de coûts sont indiquées par Région et pour le Siège. D'autres tableaux du document sur le budget présentent une répartition entre augmentations réelles et augmentations de coûts, mais les tableaux mentionnés sont peut-être les plus significatifs.

Paludisme et autres maladies parasitaires (programme 4.1.2)

Le PRESIDENT rappelle que le programme d'action antipaludique a déjà été examiné par le Comité du Programme du Conseil exécutif. Il appelle l'attention sur le rapport du Comité du Programme publié sous la cote EB67/WP/1.

Le Directeur général a présenté au Conseil la situation épidémiologique pour la période 1972-1979. Il apparaît que, alors que dans certaines zones géographiques telles que l'Asie du Sud-Est, on a enregistré une réduction du nombre de cas de paludisme, la situation est restée stable dans d'autres régions. Le Conseil a reçu des informations récentes sur les activités entreprises par l'Organisation afin d'améliorer la situation épidémiologique par l'intermédiaire de l'action de services nationaux chargés de l'organisation de la formation, de résoudre les problèmes techniques, et de prendre des dispositions en vue de la tenue de réunions techniques destinées à renforcer la coordination des activités des différents Etats Membres.

Le rapport du Directeur général soulève plusieurs questions. Par exemple, l'Organisation a-t-elle cessé de croire à la possibilité d'éradiquer le paludisme ? Dans l'affirmative, que devront faire les pays qui ont fondé leurs programmes sur l'hypothèse que la maladie pouvait être éradiquée ? Quelle est la position de l'Organisation en ce qui concerne la recherche antipaludique sur le terrain, et que peuvent faire les pays, isolément ou collectivement ?

Existe-t-il de nouvelles thérapies antipaludiques en attente ? Quelle aide fournit l'Organisation en ce qui concerne la mise au point par la Chine d'un médicament d'origine végétale ? Que fait l'Organisation pour stimuler l'engagement politique dans les pays où l'on enregistre une recrudescence alarmante du paludisme ? Quelle forme d'appui l'Organisation espère-t-elle recevoir du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé pour ses programmes antipaludiques ?

L'OMS a réaffirmé sa position selon laquelle l'éradication du paludisme fait partie intégrante de la stratégie antipaludique. Même dans ce cas, il ne faudrait pas oublier qu'alors que l'élément essentiel de cette stratégie est la possibilité technique de prévenir la transmission, il revient aux autorités sanitaires nationales de veiller en place une surveillance efficace. Le problème de la résistance de Plasmodium falciparum à la chloroquine a été étudié. Le Comité du Programme a pris note des mesures mises en oeuvre par l'OMS pour former un personnel national chargé de réaliser les tests de sensibilité et la fourniture et l'entretien des équipements nécessaires. Toutefois, il a également noté que ces activités ne pouvaient permettre à elles seules de résoudre le problème de la résistance aux médicaments; il a par conséquent demandé à l'Organisation d'étendre sa coopération avec les Etats Membres afin de couvrir les essais de nouveaux médicaments ou les combinaisons de médicaments existants.

La lutte antipaludique fait partie intégrante de la stratégie en vue d'atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le Comité du Programme a pleinement conscience que les pays, notamment les pays africains, doivent faire face à de très nombreux problèmes de santé et qu'il est par conséquent très difficile d'accorder la priorité à des activités menées dans des domaines tels que le paludisme, les maladies diarrhéiques, la vaccination, la nutrition et la mise en place de services de santé. Dans ces conditions, une stratégie intégrée représente la meilleure approche. Le Comité a pris note et a approuvé la résolution AFR/RC30/RI7 adoptée par le Comité régional pour l'Afrique, et qui invite les Etats Membres à formuler des stratégies antipaludiques nationales. Les pays en développement ne sont toutefois pas encore en mesure de prendre seuls toutes les mesures nécessaires à cet égard. La principale question est donc de savoir ce que la communauté mondiale est prête à faire pour permettre d'intensifier la lutte antipaludique et de mettre en place les vastes programmes nécessaires pour lutter contre la maladie, notamment en Afrique. Sans un appui important de la communauté internationale, il est difficile de voir comment la situation dans ce domaine pourrait être améliorée en Afrique, ou comment réaliser des progrès dans les pays qui se sont engagés dans des campagnes destinées à éradiquer le paludisme. Etant donné que la recherche antipaludique a donné des résultats très encourageants, le Comité du Programme a suggéré que l'OMS parraine la recherche appliquée au niveau national. Les résultats obtenus au cours des deux ou trois dernières années en Asie du Sud-Est, en Turquie et dans certains pays des Amériques sont très prometteurs. Il ne faut cependant pas relâcher les efforts si l'on veut éviter une recrudescence du paludisme.

Il invite les membres du Conseil à fournir leurs commentaires sur le rapport du Comité du Programme.

Le Professeur DOGRAMACI partage pleinement le point de vue du Président. Il ne faut absolument pas relâcher les efforts. Les résultats des campagnes se sont parfois révélés moins satisfaisants au bout d'un certain temps que lors de la première évaluation. En Turquie, par

exemple, les résultats enregistrés jusqu'à la fin du premier semestre de 1980 ont semblé très encourageants. Toutefois, les espoirs d'éradication ont été déçus et la maladie est toujours préoccupante.

Il fait référence au budget de la Région de l'Europe indiqué à la page 154, et remarque une diminution générale en 1981-1982 par rapport à la période biennale précédente. Non seulement le budget ordinaire enregistre une diminution de 44 000 dollars des Etats-Unis, mais les résultats des efforts accomplis en vue de mobiliser des ressources extrabudgétaires semblent avoir été moins satisfaisants que prévu, les fonds obtenus passant de 671 200 dollars des Etats-Unis à 295 800 dollars. Ces fonds sont toutefois destinés à des activités trop importantes pour que l'on puisse retarder leur utilisation. Les vecteurs sont de plus en plus résistants aux insecticides, la résistance de P. falciparum à la chloroquine devient de plus en plus fréquente, et l'on ne peut être sûr que les résultats des travaux actuellement en cours pourront être appliqués dans les circonstances qui prévaudront dans quelques années. Il demande ce qui est fait pour attirer des fonds extrabudgétaires, conformément à la promesse faite lors de la session du Comité régional de l'Europe.

Le Dr REZAI demande si on a observé des cas de résistance des vecteurs au propoxur et, si oui, dans quels Etats Membres. En deuxième lieu, dans les zones où il n'y a pas de résistance connue de P. falciparum à la chloroquine, quels sont les antipaludiques dont le Secrétariat recommanderait l'emploi dans les programmes chimioprophylactiques de masse ?

Le Dr AL-GHASSANI (suppléant du Dr Al-Khadouri) déclare que, si certains pays ont commencé à intégrer les programmes antipaludiques dans leurs services de soins de santé primaires, d'autres les ont conservés en tant que programmes distincts. Pourquoi le Secrétariat estime-t-il que la question demande une étude plus poussée ? Est-ce parce que l'insertion des programmes antipaludiques dans les activités de soins de santé primaires aurait abouti à un échec, ou est-ce pour d'autres raisons ?

On peut se féliciter de l'accroissement des crédits budgétaires prévus pour combattre le paludisme et d'autres maladies parasitaires, mais il faudra soutenir davantage les programmes de lutte dans les Régions.

Le Professeur XUE Gongchuo, faisant siennes les observations du Président, estime que, comme il est dit dans le document EB67/PC/WP/7, paragraphe 31, le paludisme est une menace non seulement pour la santé, mais aussi pour le développement socio-économique. C'est donc à juste titre que sa prévention suscite un si large intérêt. L'une des difficultés majeures auxquelles on se heurte dans l'action préventive est celle d'appliquer avec succès les résultats de la recherche au travail sur le terrain. Le Comité du Programme s'est déjà occupé de cet aspect du problème, et l'Organisation devra continuer à l'étudier.

Il faudrait modifier constamment les méthodes utilisées pour diffuser et appliquer les résultats de la recherche. L'expérience acquise dans son pays montre que la diffusion et l'application de ces résultats exigent une direction et une coordination centralisées. L'OMS, par son programme 4.1.2, fournit à tous les niveaux les types de coordination requis. L'expérience, les connaissances et le potentiel pharmaceutique des pays exempts d'infection devraient être mobilisés dans la campagne générale, et le programme d'action antipaludique devra être élargi afin que la recherche et la production soient coordonnées de façon appropriée, sur une base plus large. Il faudrait qu'il y ait des contacts étroits et systématiques entre le Comité consultatif de la Recherche médicale et les services de l'OMS concernés. En tout cas, il convient d'approuver l'approche adoptée dans le document EB67/WP/1 et dans ses annexes.

Pour le Dr OREJUELA, dans les Amériques, la situation en matière de paludisme, loin de s'améliorer, s'aggrave. Les gouvernements ne sont guère enclins à continuer à déboursier les vastes sommes requises pour modifier comme il le faudrait les conditions d'environnement dans les vastes territoires marécageux, déserts, à climat tropical humide et à fortes précipitations, où se reproduisent les vecteurs du paludisme. Dans de telles conditions, l'éradication du paludisme par les aspersions d'insecticides représente tout simplement une tâche trop gigantesque. Les zones habitées voisines sont souvent protégées par des barrières naturelles, telles de hautes chaînes de montagnes interdisant le passage des vecteurs. Aussi se demande-t-il si une stratégie consistant à exercer une plus forte vigilance épidémiologique afin d'empêcher l'importation du paludisme dans les zones non infectées ne serait pas meilleure. Ce serait abandonner l'objectif de l'éradication, mais on mènerait peut-être une lutte plus efficace.

Le Dr LITVINOV (conseiller du Dr Venediktov) félicite le Directeur général pour l'excellente qualité de la documentation fournie au Conseil; un grand pas en avant a été accompli par comparaison avec la documentation dont le Conseil a disposé à sa soixante-cinquième session.

Bien que l'incidence du paludisme ait diminué en beaucoup d'endroits du monde, et qu'une vaste expérience en matière de lutte antipaludique et d'éradication du paludisme ait été accumulée pendant les décennies 50 et 60, la situation actuelle est alarmante, à cause de l'accroissement de la résistance des hématozoaires aux médicaments et des vecteurs aux insecticides. La faiblesse du montant réservé à la recherche sur le paludisme, à la page 155 du document budgétaire, est donc de nature à inquiéter. Il faut remédier à la situation maintenant, sous peine de connaître une situation grave dans quelques années.

Le deuxième point soulevé par le Dr Litvinov concerne la formation, que le programme devrait autant que possible encourager, eu égard à la pénurie de paludologues ayant reçu une formation de la qualité requise. Est-ce que toutes les possibilités ont bien été exploitées? Il existe des moyens de formation épidémiologique en bien des endroits du monde et, notamment, les cours patronnés par l'OMS à Moscou, à Prague et au Cameroun. Il faudrait peut-être utiliser ces cours comme des adjuvants du programme antipaludique.

En ce qui concerne les autres maladies parasitaires, il suggère à l'Organisation de consacrer une attention spéciale à la dracunculose, qui provoque de considérables pertes économiques en Afrique, particulièrement en Afrique occidentale et centrale, et en Inde.

Le Dr BROUELLE (suppléante du Professeur Aujaleu) relève avec satisfaction la présence dans la documentation mise à la disposition du Conseil d'un paragraphe sur les aspects politiques et administratifs de la lutte antipaludique et de l'éradication du paludisme. Ces aspects sont aussi importants que les aspects techniques et conditionnent dans une grande mesure la réussite ou l'échec des programmes.

On examine dans les documents présentés au Conseil la question de savoir s'il faut donner aux services de lutte et d'éradication une structure "verticale", ou bien s'il faut les intégrer dans les services de santé généraux. Dans l'ensemble, on paraît pencher pour une structure verticale, de crainte que le programme ne soit compromis par l'intégration dans d'autres services.

Le reproche qu'on peut faire aux services verticaux est qu'ils travaillent de façon cloisonnée et se livrent à des actes répétitifs, accomplis de façon mécanique, en matière de désinfection, de chimiothérapie et de chimioprophylaxie, en négligeant d'autres aspects importants, tels que les aspects épidémiologiques et éducationnels. Or ces aspects ne peuvent pas être couverts par un service vertical, mobile et qui passe: il faut être en contact constant avec la population pour recueillir une information complète sur le plan épidémiologique et pouvoir se livrer à une éducation efficace. Par conséquent, les services verticaux sont obligés de s'appuyer sur les autres services de santé et de travailler en coopération avec eux. Un réel travail d'équipe instauré entre les services de soins de santé primaires et les services antipaludiques verticaux pourrait produire d'excellents résultats, le problème posé tenant en grande partie au contenu du programme et aux méthodes de travail. Cependant, un service intégré ne garantirait pas nécessairement la couverture de tous les aspects essentiels.

Les rapports fournis au Conseil insistent sur la formation des personnels, en mettant surtout l'accent sur le personnel spécialisé. Eu égard à l'isolement dans lequel travaillent les équipes d'éradication du paludisme et de lutte antipaludique, il faut prendre soin de les préparer psychologiquement à travailler dans des circonstances décourageantes, accomplissant des actes répétitifs dont ils ne voient jamais de résultats immédiats. Une coopération avec d'autres services contribuerait à les stimuler. En tout cas, il est indispensable qu'il y ait une relation très étroite entre les niveaux primaire, secondaire et tertiaire pour que ces équipes restent efficaces.

Le Dr DOLGOR (suppléant du Dr Radnaabazar) demande des éclaircissements sur les activités de l'Organisation concernant les protozooses et les helminthiases gastro-intestinales (dont il est question au paragraphe 21, page 152); il voudrait en particulier savoir quelles sont les zoonoses spécifiques comprises dans ces affections.

Le Dr BRAGA déclare que, comme il le sait par son expérience personnelle, de grands progrès ont été accomplis dans le passé en matière de lutte antipaludique et d'éradication du paludisme, et cela au moyen d'instruments très rudimentaires: une action bien organisée et disciplinée a souvent abouti à des résultats spectaculaires. Depuis, on a accumulé beaucoup de connaissances

dans des domaines tels que ceux des médicaments, du traitement, des insecticides, de la résistance des hématozoaires aux médicaments et de la résistance des vecteurs aux insecticides. Comme l'a dit le Dr Broyelle, l'organisation des services de santé revêt une importance primordiale. Pourtant, bien que l'on connaisse de mieux en mieux les aspects immunologiques et parasitologiques du problème, on a l'impression que les programmes sont enfermés dans un cercle vicieux.

Il n'a trouvé dans les documents examinés aucune mention de tendances pour l'avenir. Que peut-on espérer en matière de vaccins ? Il croit savoir que les études sont en cours à Paris; le Professeur Aujaleu pourrait peut-être fournir des renseignements à ce sujet. On sait bien quel est le rôle des insecticides et des médicaments dans la lutte menée pour libérer les territoires infectés. Une meilleure organisation des services de santé à l'appui des campagnes de lutte et - avec de la chance - la mise au point d'un vaccin aideraient à rétablir la situation présente, qui est assez sombre.

Le Dr FAKHRO rappelle que pendant bien des années on a espéré pouvoir éradiquer un jour le paludisme. Mais, au cours des trois ou quatre dernières années, la situation dans le monde a fondamentalement changé. Des régions entières où le paludisme était endigué subissent une résurgence dont la cause exacte est inconnue. Les spécialistes eux-mêmes ne prévoient pas dans combien de temps sera possible de dire que la maladie est maîtrisée. La volonté politique est certes importante, mais elle ne suffit pas pour résoudre le problème. Les activités de soins de santé primaires peuvent apporter une réduction de la mortalité, mais elles n'éradiqueront pas le paludisme. Celui-ci résiste aussi bien aux insecticides qu'aux médicaments. Par conséquent, la seule manière de rechercher une solution radicale est de poursuivre des études multisectorielles intensives.

Des membres du Conseil ont parlé du crédit de US \$114 000 du budget ordinaire pour la recherche. Faudrait-il augmenter ce montant et, dans l'affirmative, de combien ? Si le Secrétariat a l'assurance que des études appropriées sont poursuivies à l'extérieur de l'Organisation, le crédit de US \$114 000 est suffisant. Mais si, selon le Secrétariat, les études en cours ne correspondent ni à la nature ni à l'ampleur du problème, alors le Conseil ou l'Assemblée de la Santé devrait examiner sérieusement et en profondeur la question de la recherche.

Le Dr AL-SAIF demande des renseignements plus détaillés sur la résistance de P. falciparum à la chloroquine.

Pour le Dr PATTERSON, même si le paludisme pose un problème en beaucoup d'endroits du monde, à la Jamaïque on a heureusement pu enregistrer un succès. Aussi serait-elle plutôt intéressée à obtenir des renseignements sur la partie du programme concernant les helminthiases. En beaucoup d'endroits du monde, y compris en Jamaïque, l'anémie due à diverses causes - nutrition, falciformation ou helminthiases - reste un problème majeur de santé publique. Le Dr Patterson voudrait des détails sur tous progrès récents accomplis concernant les ankylostomes et sur les centres collaborateurs que l'on se propose de créer.

Le Dr LISBOA RAMOS s'intéresse particulièrement aux insecticides de rechange qu'il convient d'utiliser en cas de résistance au DDT ou à d'autres insecticides, ou quand on craint de fortes concentrations de résidus d'insecticides. Il demande quelles sont les mesures d'élection à prendre, compte tenu du coût et de l'efficacité des insecticides de remplacement et aussi de la différence entre l'emploi des insecticides en santé publique et en agriculture. Il voudrait que le Secrétariat le renseigne sur l'utilisation des insecticides de remplacement, soit dans le cas d'une résistance des vecteurs, soit pour des raisons stratégiques, par exemple pour éviter la présence de résidus de DDT.

M. AL-SAKKAF note qu'en dépit des efforts qui ont été faits au cours des quelques dernières années en matière de formation, de diffusion de l'information technique et de recherche, le paludisme reste une menace constante même pour les pays qui ont consacré d'énormes efforts à le combattre. Certains pays, toutefois, comme le sien (Yémen) en sont encore aux stades initiaux de la lutte contre le paludisme souvent en raison des fonds limités dont ils disposent et également du fait de l'environnement; dans ces pays, aucun progrès n'a été réalisé. La coopération est nécessaire notamment entre pays ayant des frontières communes. Il est absolument nécessaire d'intensifier la lutte contre le paludisme, il faudrait en particulier que l'OMS joue un plus grand rôle dans la coordination des efforts de ces pays.

Le Dr KYAW MAUNG demande quel est le meilleur médicament contre le paludisme résistant à la chloroquine, car de multiples médicaments nouveaux sont apparus sur le marché. En Birmanie, on pense que la quinine reste le meilleur médicament contre P. falciparum, mais le prix de la quinine a considérablement augmenté.

Le PRESIDENT estime qu'il faut, à la lumière des observations du Dr Broyelle et du paragraphe 5 de la page 151, considérer deux approches possibles dans la lutte contre le paludisme : une approche verticale que le Dr Broyelle a suffisamment dépeinte et une approche intégrée. Comme on le sait, l'Afrique a adopté depuis un certain temps l'approche intégrée fondée sur les soins de santé primaires. Dans d'autres régions, on trouve l'approche verticale avec des programmes individualisés. Entre ces deux approches, il existe certainement une différence au plan opérationnel et au plan conceptuel; il serait intéressant de savoir quelle est vraiment la différence du point de vue de l'impact à court terme, à moyen terme et même à long terme. Il a été dit un an plus tôt que la campagne d'éradication du paludisme avait commencé dans les années 50 et que si l'on était parvenu à éradiquer quelque chose, c'était les paludologues. Puisque le Dr Lepes a survécu à cette éradication, il pourra probablement révéler le secret.

Dans certains pays, les problèmes sont multiples : paludisme, maladies diarrhéiques et quelquefois trypanosomiase; on aurait tendance à faire un programme de lutte contre le paludisme, un autre contre les maladies diarrhéiques, un programme élargi de vaccination - il s'agit de structures verticales qui ont peu de contact avec le reste du système de santé. Le problème de la coordination se pose de façon extrêmement aiguë dans les situations où le personnel et les moyens sont très réduits; on assiste alors à une sorte de saupoudrage des ressources dont on dispose et qui ne peuvent donc avoir un impact réel sur l'état de santé de la population. Il est dit au paragraphe 5 que des méthodes de lutte antipaludiques faisant appel à l'approche soins de santé primaires devront faire l'objet d'un complément d'étude. Le Conseil a appris que la recherche fait partie de tous les programmes de l'Organisation, mais si la recherche doit être continuée pour l'approche intégrée, il en sera probablement de même pour l'approche verticale. Ou bien, faut-il comprendre que l'approche intégrée mérite un complément d'étude parce qu'elle est plus difficile à mettre en oeuvre ou parce qu'elle est plus douteuse du point de vue de l'impact.

Il serait souhaitable également d'avoir une information sur l'attitude des donateurs à l'égard de ces deux approches, puisqu'il existe un montant appréciable au titre des ressources extrabudgétaires. Y a-t-il chez eux une tendance vers l'approche verticale, qui peut probablement donner à court terme des résultats relativement spectaculaires, ou une tendance vers l'approche intégrée ?

Le Dr LEPES (Directeur, Programme d'action antipaludique), reprenant les questions posées, estime que la plus importante est sans aucun doute celle de l'approche - intégrée ou verticale. Le Directeur général, lorsqu'il a soumis à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé son rapport sur la stratégie de lutte contre le paludisme, où il présente les quatre variantes tactiques, a ouvert pour tous les pays la possibilité d'adapter leurs activités de lutte contre le paludisme à l'importance du problème sur leur territoire ainsi qu'aux ressources dont ils disposent en matière de personnel et de fonds, et également la possibilité d'adapter la structure aux variantes tactiques ou aux types de stratégies qu'ils ont choisies.

Si l'intégration des services antipaludiques aux services généraux de santé a créé des difficultés, c'est en raison de la façon dont l'intégration a été réalisée. L'intégration, comme l'a dit un jour le Dr Tarimo, n'est pas une question de oui ou non, mais une question de degré, selon la stratégie choisie et les ressources en personnels dont on dispose. Il n'y a pas de règle générale quant au type d'intégration le plus favorable à la lutte antipaludique - il appartient au pays d'en juger par lui-même; mais il faut rappeler que le Directeur général a également insisté sur ce que la société considérée dans son ensemble devait faire en sus de l'action des techniciens de la santé et sur la façon de faire face à l'ensemble des besoins sanitaires d'un pays, et également sur le rôle de la structure administrative. Ceci englobe l'interaction entre les services verticaux lorsqu'ils existent et les services horizontaux oeuvrant pour les objectifs déclarés des Etats Membres dans le cadre des buts définis en matière de santé. Lors de la Septième Conférence asiatique sur le Paludisme, qui s'est tenue récemment à Manille, un document sur les soins de santé primaires et la lutte contre le paludisme a été présenté qui pourra servir de guide aux Etats Membres pour l'établissement des structures en prévision des fonctions à prévoir dans la lutte contre le paludisme. Dans la Région de l'Afrique, l'approche intégrée qui a été adoptée est probablement la seule applicable

si l'on veut être réaliste, sauf dans le cas des villes de l'océan Atlantique et de l'océan Indien. Pour les autres pays de ce continent, l'approche soins de santé primaires est la seule praticable, bien que dans certaines situations - projets de développement ou groupes à haut risque - des mesures complémentaires contre la transmission puissent également être appliquées.

On trouve à l'annexe 3 de l'appendice 2 du document EB67/PC/WP/7 des détails sur certaines activités de formation intéressant la résistance aux médicaments, la culture in vitro des parasites, l'épidémiologie, la biologie des vecteurs et la lutte antivectorielle et enfin la méthodologie de la recherche. Ce document EB67/PC/WP/7 figure lui-même en annexe au rapport du Comité du Programme concernant les programmes d'action antipaludique (document EB67/WP/1). Si le Conseil le désire, des informations complémentaires pourront lui être données sur le cadre conceptuel dans lequel la planification interrégionale et continentale des programmes est conçue, et notamment sur la question de la formation des personnels des services généraux, allant de l'agent de soins de santé primaires au directeur des services de santé. S'agissant de la surveillance épidémiologique, elle est très nécessaire dans les programmes comprenant des activités qui visent à l'interruption de la transmission du paludisme. Dans les programmes d'éradication, la surveillance a été très largement utilisée pour faciliter l'affaiblissement du réservoir de parasites. Toutefois, la surveillance seule, qui ne serait pas accompagnée de mesures d'attaque, serait de peu d'utilité.

Sur la question de la prévention de la propagation du paludisme, l'Organisation met à la disposition des Etats Membres des informations sur les mesures à prendre pour empêcher une réintroduction de la maladie. En 1966, un groupe a examiné ces mesures et établi un rapport sur la prévention et la réintroduction du paludisme qui a été publié dans la Série des Rapports techniques.¹ Plus récemment, le Bureau régional de l'Europe a organisé une réunion à Izmir, Turquie, et, en collaboration avec le Gouvernement de l'Italie, une réunion à Erice en vue d'élaborer d'autres mesures de surveillance contre le paludisme. La question a été à nouveau débattue lors de la Septième Conférence asiatique sur le Paludisme.

Répondant à la question de savoir quel était le meilleur médicament pour l'administration de masse, le Dr Lepes indique que dans les zones où il n'y a pas de résistance à la chloroquine, la combinaison chloroquine/pyriméthamine reste la meilleure. Toutefois, la décision sur ce point est difficile et il faut bien réfléchir avant de décider de combattre le paludisme par ces moyens.

Une résistance au propoxur a été décelée chez A. albimanus au Costa Rica, au Guatemala, au Mexique, au Nicaragua et au Salvador; chez A. sacharovi en Grèce et en Turquie; chez A. maculipennis en Turquie et chez A. throparvus en Espagne.

Pour le traitement du paludisme à P. falciparum résistant à la chloroquine le meilleur médicament est certainement la méfloquine pour le moment, mais la quinine donne également de bons résultats. Dans certaines régions, la tétracycline doit être combinée à la quinine pour obtenir l'élimination des parasites dans les cas de paludisme à P. falciparum résistant à la chloroquine.

S'agissant de la question de la vaccination, il est certainement difficile de dire exactement quand on disposera d'un vaccin, mais il existe de bonnes raisons de penser qu'un vaccin sera mis au point. Ce sont : premièrement, la démonstration d'une immunisation contre le paludisme dans des modèles animaux avec différentes espèces et à différents stades de développement de Plasmodium; deuxièmement, depuis 1976, la culture in vitro de P. falciparum, ce qui assure des quantités considérables de matériel biologique pour la préparation d'un vaccin.

Enfin, troisièmement, des progrès récents de la technologie de l'ADN recombinant ouvrent de nouvelles possibilités pour la purification de l'antigène protecteur et sa production. L'Organisation suit de très près les progrès qui sont réalisés dans beaucoup d'instituts de par le monde et le Directeur général ne manquera pas de porter à l'attention du Conseil et de l'Assemblée tous faits nouveaux dans ce domaine.

S'agissant de la question de la réduction des fonds prévus pour la recherche, le Directeur général a expliqué de façon très détaillée quelques jours plus tôt comment les différents éléments de l'Organisation, tels que le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, jouent un rôle en matière de recherche sur le paludisme. En outre, ainsi que l'a souligné le Directeur général des fonds pourront être fournis aux Etats Membres qui présenteraient des propositions de recherche d'une urgente nécessité pour l'exécution de la stratégie antipaludique et qui en fait seraient du type recherche sur les services de santé.

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 374, 1967 (Prévention de la réintroduction du paludisme : rapport d'une réunion OMS).

Le Dr DAVIS (Programme des Maladies parasitaires) répond au Dr Litvinov que la dracunculose est une parasitose grave, qui se contracte en buvant de l'eau de puits contenant des larves infectées qui parasitent un crustacé. Le ver femelle peut atteindre une longueur de 60 à 120 cm; sa tête apparaît au niveau de la peau sur les membres inférieurs ou supérieurs. L'affection est fréquente chez les travailleurs agricoles et les fermiers; on la trouve dans des foyers circonscrits en Afrique orientale, centrale et occidentale et dans certaines parties du sous-continent indien. En théorie, l'éradication est possible. Elle a été réalisée en URSS, et en Iran où l'on a procédé par chloruration de l'eau. L'éradication serait facilement obtenue dans l'eau par application d'une quantité infime de DDT; on dispose d'autre part d'un certain nombre de médicaments pour le traitement. Il n'existe malheureusement pas de programme spécifique de l'OMS, mais la maladie est éminemment évitable et éradicable.

Le Dr Dolgor a demandé des informations sur les infections gastro-intestinales dues aux protozoaires et aux helminthes. Après qu'on ait manifesté durant un certain nombre d'années de l'intérêt pour le sujet, un membre du personnel a été désigné pour mettre en route un programme de prévention et de lutte contre ces infections. Un rapport sur le sujet sera prêt pour la prochaine session du Conseil; il exposera les principes de la surveillance, de la lutte et de la prévention dans un avenir prévisible. Le Directeur général a fourni des fonds pour des activités de formation et d'enseignement, et l'on espère mettre en oeuvre un programme de lutte, qui sera essentiellement exécuté par les services de soins de santé primaires. On collabore dans ce domaine avec la Fondation japonaise pour la Nutrition, qui s'intéresse à l'influence de traitements chimiothérapeutiques périodiques sur la nutrition et sur la malnutrition ainsi qu'au programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. Un rapport a été publié sur les diarrhées associées à des parasites et l'on pense confier à deux ou trois centres collaborateurs nouveaux des recherches sur l'amibiase et la giardiase. Le programme porte sur Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Ascaris, les ankylostomes, Tricuris et Strongyloides, qui est très important non seulement dans les pays tropicaux, mais aussi dans les pays tempérés depuis l'introduction des immuno-suppresseurs, des transplantations d'organes, et des corticostéroïdes. Le programme avance, et l'on attend les premiers résultats dans deux ou trois ans. Ici encore, la lutte contre les maladies est conçue pour être menée par les services de soins de santé primaires.

Le Dr PATTERSON demande quels progrès ont été réalisés dans le domaine des ankylostomoses. On sait que les anciennes aires de distribution de Necator americanus et d'Ancylostoma duodenale chevauchent, et qu'il y a beaucoup d'infections mixtes. N. americanus peut vivre jusqu'à 13 ans dans l'organisme humain, tandis que la longévité d'Ancylostoma est beaucoup moins longue. La femelle de Necator pond 9000 oeufs par jour et celle d'Ancylostoma jusqu'à 30 000. Chaque ver Necator peut absorber de 0,03 à 0,05 ml de sang et Ancylostoma de 0,16 à 0,34 ml. L'infestation est donc très éprouvante pour les agriculteurs d'Afrique, d'Amérique du Sud et en fait de pratiquement toutes les Régions de l'OMS. Un progrès très important a été fait lorsqu'on a démontré en Inde que les larves de A. duodenale ne se développaient pas chez l'homme pendant environ huit mois et résistaient pendant cette période aux agents chimiothérapeutiques. Au bout des huit mois, leur développement redémarre et elles deviennent adultes. Ce phénomène complique beaucoup les travaux épidémiologiques et la planification des programmes de lutte. Les principes de celle-ci restent cependant les mêmes : élimination sanitaire des excréments humains, éducation pour la santé, chimiothérapie et correction de l'anémie. Un des grands succès de la chimiothérapie moderne est d'avoir fourni des médicaments adéquats contre les nématodes intestinaux, en particulier l'ankylostome. Il y a des anthelminthiques à large spectre très efficaces et une grande variété d'autres médicaments agissant exclusivement contre les ankylostomes. Malgré 70 années de lutte contre l'ankylostomose - elle a commencé en 1909 avec la Fondation Rockefeller et a réuni à une époque 41 pays - la prévalence actuelle de la maladie est probablement plus élevée que jamais, avec peut-être un milliard de personnes infectées. L'explication réside dans l'explosion démographique qui fait que, malgré les succès notables remportés dans les différentes campagnes de lutte, le nombre absolu de cas reste constant. Il faut incriminer en outre la stagnation des conditions de milieu, la lente évolution de la situation socio-économique et l'insuffisance de la couverture sanitaire de la population. Dans ces conditions, la lutte contre l'ankylostomose peut être confiée aux services de soins de santé primaires. La stratégie de la lutte contre certaines infections parasitaires met l'accent sur la maîtrise de la morbidité, plutôt que de la transmission; c'est le cas par exemple, de l'ascaridiase, de l'ankylostomose et, pour le moment sans doute, de la schistosomiase.

Le Dr KAPRIO (Directeur régional de l'Europe) répond au Professeur Dođramaci que la situation budgétaire est telle qu'elle était à la session du Comité régional en octobre 1980; mais il y a eu des faits nouveaux en Turquie, où la situation épidémiologique est celle d'un pays qui a éradiqué une maladie qui a ensuite été réintroduite. Il faut maintenant trouver une autre méthode de lutte contre le paludisme, remplaçant les mesures d'urgence d'il y a deux ans. Nombre des suggestions faites par le Conseil sont en fait appliquées par le gouvernement en cause et par l'OMS et l'on tirera sans doute des enseignements utiles de l'association des soins de santé primaires et du système vertical de la lutte contre le paludisme.

Le Dr GUNARATNE (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) déclare que la résistance à la chloroquine gagne du terrain en Asie du Sud-Est, en particulier en Thaïlande et en Birmanie; dans le premier de ces deux pays elle est de l'ordre de 90 à 95 %. En 1980 de nouveaux foyers ont fait leur apparition dans le centre et le nord de l'Inde, à Sumatra et à Java. Les médicaments de remplacement sont une combinaison de sulfamides à action retard et de pyriméthamine sous la forme de Fansidar, très largement employé en Thaïlande; mais il semble que vis-à-vis de ce médicament aussi apparaisse une résistance. Elle a été constatée parmi des réfugiés cambodgiens dans l'est de la Thaïlande et l'on craint qu'elle ne s'étende à tout le pays.

Des recherches sont effectuées dans le cadre du Comité consultatif régional de la Recherche médicale et en collaboration avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. A Bangkok on prépare des personnels à faire des essais sur la résistance, et des équipes assurent la surveillance dans les pays où il y a une résistance à la chloroquine.

Le Dr HAMON (Directeur de la Division de la Biologie des Vecteurs et de la Lutte antivectorielle) répond au Dr Lisboa Ramos que, dans les cas où les vecteurs du paludisme sont sensibles au DDT, ou sont seulement modérément résistants et arrêtent la transmission, le DDT constitue le produit de choix pour la lutte antipaludique par applications résiduelles à l'intérieur des habitations. C'est lui qui a la marge de sécurité pour l'homme la plus grande et, s'il est appliqué correctement à l'intérieur des habitations, les risques de contamination de l'environnement sont minimes. Les dommages pour l'environnement résultent d'applications agricoles intensives. Ainsi, dans certains pays producteurs de coton on en arrivait à appliquer 20 à 30 traitements par an, dans ces conditions la pollution de l'environnement est massive. Ce n'est pas le cas quand on applique 2 g/m² à l'intérieur des habitations une ou deux fois par an. Quand la résistance au DDT se développe et compromet l'interruption de la transmission du paludisme, le premier insecticide de substitution est le malathion, parce qu'il a une bonne marge de sécurité dans les conditions normales d'application. Vient ensuite le fénitrothion dont la marge de sécurité est moindre, mais qui a une rémanence plus importante que le malathion. Vient enfin le propoxur dont la marge de sécurité pour l'homme est raisonnable à condition de prendre quelques précautions - les intoxications étant d'ailleurs très rapidement réversibles -, mais dont la rémanence est faible. Le propoxur est extrêmement cher, le fénitrothion assez coûteux et le malathion est cher. Il faut s'attendre à des augmentations de coûts des traitements d'insecticides de l'ordre de 10 à 25 fois par rapport aux applications de DDT. Mais ces chiffres sont tout à fait théoriques, parce qu'ils dépendent de la durée de la saison de transmission. Si la saison de transmission est brève, une action rémanente de six mois n'est pas nécessaire; une seule application de malathion dont l'effet dure trois mois peut suffire. Si, par contre, on a une transmission pérenne 12 mois par an, les insecticides de substitution deviendront très chers, trois à quatre pulvérisations étant nécessaires chaque année. Il faut également tenir compte de la résistance aux insecticides de substitution, puisque dans de nombreux pays le vecteur est devenu résistant à la suite d'applications d'insecticides agricoles. Il y a toujours le risque que s'il est résistant au DDT, il soit également résistant à beaucoup d'autres insecticides. Cela peut conduire à la situation mentionnée par le Professeur Dođramaci, dans laquelle il n'y a qu'un insecticide de remplacement qui donne encore des résultats, et malheureusement le nombre de pays dans cette situation augmente lentement mais sûrement.

Le Dr NAKAJIMA (Directeur régional pour le Pacifique occidental) déclare que la résistance à la chloroquine est fréquente dans de nombreux pays de la Région du Pacifique occidental. Non seulement les réfugiés, mais aussi les populations locales sont devenues résistantes à la chloroquine aussi bien qu'à la méfloquine et même au Fansidar. La situation est sérieuse et un groupe inter-pays de lutte contre le paludisme l'étudie actuellement.

Le Dr Nakajima est d'accord avec M. Al-Sakkaf que le paludisme ne connaît pas de frontières. La Région du Pacifique occidental en collaboration avec la Région de l'Asie du Sud-Est a organisé des réunions frontalières annuelles ou bisannuelles de lutte contre le paludisme. En 1980 deux de ces réunions ont eu lieu; la réunion frontalière sur le paludisme dans le Pacifique du Sud-Ouest a rassemblé huit pays, qui ont étudié la coordination des activités de formation, la recherche et les échanges d'informations sur des problèmes communs. En association avec la Région de l'Asie du Sud-Est, la Région du Pacifique occidental a également organisé la réunion frontalière sur le paludisme en Asie du Sud-Est à laquelle ont pris part l'Indonésie, la Malaisie, Singapour et plus tard les Philippines. Il a été question de la coordination des opérations le long de la frontière commune, en particulier à Bornéo, et entre Singapour et l'Indonésie, de la coordination de la formation et de divers secteurs de recherche.

Le Dr ACUÑA (Directeur régional pour les Amériques) déclare que les problèmes auxquels est confrontée la Région des Amériques sont semblables à ceux des autres Régions. Cependant les pays de la Région ont décidé d'adopter une stratégie un peu différente. On s'est efforcé de convertir les programmes verticaux en programmes horizontaux intégrés aux programmes prioritaires de la Région, à savoir l'extension des soins de santé primaires, en s'appuyant sur les agents de soins de santé primaires. Le second aspect concerne la formation ou le recyclage des personnels du paludisme, parce que s'ils ont remporté des succès considérables sur le plan de la logistique, ils n'ont pu modifier leur approche. Il est donc nécessaire de former de nouveaux agents et de les préparer à utiliser les ressources limitées mises à la disposition des gouvernements pour différents programmes, d'une manière plus logique et dans un esprit plus épidémiologique - par exemple, utiliser des médicaments, des insecticides et des larvicides à l'époque voulue, dans les conditions appropriées, et abandonner l'ancien système de couverture totale par applications massives d'insecticides et par des cures radicales dont le coût dépasse les possibilités des pays. On fait par ailleurs des investissements modérés dans les activités de recherche, en particulier de recherche épidémiologique, en vue de trouver des méthodes de lutte plus efficaces.

La séance est levée à 17 h 30.

= = =