



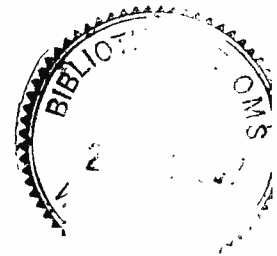
QUARANTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

COMMISSION A

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DOUZIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Jeudi 14 mai 1987, 14 heures

PRESIDENT : Dr S. D. M. FERNANDO (Sri Lanka)
puis : Dr H. S. HELMY (Egypte)



Sommaire

	<u>Page</u>
Projet de budget programme pour l'exercice 1988-1989 (suite)	2
Questions de politique programmatique (suite)	2
Lutte contre la maladie (suite)	2

Note

Le présent procès-verbal n'est qu'un document provisoire. Les comptes rendus des interventions n'ont pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci, et le texte ne doit pas en être cité.

Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent jusqu'à la fin de l'Assemblée, 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 4013, 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 1^{er} juillet 1987.

Le texte définitif sera publié ultérieurement dans : Quarantième Assemblée mondiale de la Santé : Procès-verbaux des commissions (document WHA40/1987/REC/3).

DOUZIEME SEANCE

Jeudi 14 mai 1987, 14 heures

Président : Dr S. D. M. FERNANDO (Sri Lanka)
puis : Dr H. S. HELMY (Egypte)

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR L'EXERCICE 1988-1989 : Point 18 de l'ordre du jour
(documents PB/88-89 et EB79/1987/REC/1, Partie II) (suite)

QUESTIONS DE POLITIQUE PROGRAMMATIQUE : Point 18.2 de l'ordre du jour (documents PB/88-89 et
EB79/1987/REC/1, Partie II, chapitre II) (suite)

Science et technologie de la santé - lutte contre la maladie (section 4 de la résolution
portant ouverture de crédits : documents PB/88-89, pages 195-268; EB79/1987/REC/1, Partie II,
chapitre II, paragraphes 53-73; A40/4; A40/5; A40/INF.DOC./4; et A40/INF.DOC./8) (suite)

Lutte contre la maladie (programme 13) (suite)

Le Professeur HIZA (République-Unie de Tanzanie) dit que le programme de lutte contre la maladie revêt une importance considérable, surtout dans les pays en développement où la plupart des maladies courantes sont évitables. Il ne fait aucun doute que chaque Etat Membre considère la survie de l'enfant comme une priorité; c'est pourquoi la vaccination ainsi qu'une nutrition équilibrée et de bonnes conditions d'assainissement constituent l'activité de lutte contre la maladie la plus importante chez l'enfant. Dans les pays tropicaux, la lutte antivectorielle est indissociable des autres activités de lutte contre la majorité des maladies endémiques, telles que le paludisme, la schistosomiase, l'onchocercose et la trypanosomiase.

En République-Unie de Tanzanie, le Département de Santé communautaire de la Faculté de Médecine de l'Université de Dar es-Salaam, en collaboration avec l'OMS, a introduit au niveau de la maîtrise ès sciences un cours de lutte contre les maladies tropicales qui met l'accent sur la recherche. La généralisation du recours aux sels de réhydratation orale a abouti à une réduction considérable de la mortalité infantile par diarrhée. Comme le montre la diminution du nombre de nouveaux cas, le programme tuberculose/lèpre appuyé par l'OMS et les organismes donateurs donne de bons résultats.

La délégation de la République-Unie de Tanzanie souscrit aux dispositions de l'ensemble des composantes du programme 13 (Lutte contre la maladie).

Il faut veiller à ne pas reléguer le programme des maladies sexuellement transmissibles à un échelon inférieur sur la liste des priorités en raison de l'apparition du SIDA.

Le Dr BARAL (Népal) dit qu'au Népal l'OMS, le FISE et USAID soutiennent le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques. Alors que l'OMS s'intéresse à la gestion et aux activités d'ensemble du programme, le FISE appuie la production locale des sels de réhydratation orale et les communications et USAID, par l'intermédiaire de son fonds pour la survie de l'enfant, apporte son concours à la formation qui est une activité primordiale de la société nationale de pédiatrie. Au lieu d'agir séparément, il aurait mieux valu que les différents organismes regroupent leurs contributions et entreprennent des activités communes, ce qui aurait permis de réduire au maximum les chevauchements et la confusion.

La société nationale de pédiatrie et les pédiatres membres dirigent le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et, en association avec l'hôpital national des enfants, assurent la formation des cadres sanitaires chargés d'étendre la thérapie par réhydratation orale à l'ensemble du pays et de créer des unités périphériques capables de former à leur tour des agents de soins de santé primaires. Leurs efforts ont été couronnés de succès car de plus en plus de cliniciens sont convaincus des bienfaits de la thérapie par réhydratation orale, du traitement à domicile et de l'alimentation de l'enfant pendant une diarrhée. Les parents et le grand public acceptent volontiers les conseils des pédiatres en matière d'hygiène de l'enfant. Ainsi, l'OMS a eu raison de collaborer avec l'Association internationale de Pédiatrie et sa société membre au Népal afin d'organiser un atelier national sur la lutte contre les maladies diarrhéiques et la thérapie de réhydratation orale dans les soins de l'enfant.

Les agents de santé des zones peu accessibles sont peu encouragés à entreprendre des recherches opérationnelles simples à échelle réduite sur le traitement et l'intervention car toute demande de soutien fait l'objet d'un examen minutieux par les pairs. Il serait utile que l'OMS appuie de telles recherches à échelle réduite afin d'attirer davantage d'agents de santé vers le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, laissant ainsi la recherche à grande échelle aux agents au niveau national. L'appui de l'OMS sera également utile aux agents qui cherchent à promouvoir la thérapie de réhydratation par voie orale et à entreprendre des recherches car il leur permettra de participer à des réunions internationales et régionales sur les maladies diarrhéiques, telles que la prochaine conférence asiatique sur les maladies diarrhéiques qui doit se tenir à Sri Lanka en septembre 1988.

Vu les effectifs limités dont on dispose, il serait plus efficace de combiner les diverses activités des soins de l'enfant, notamment la formation à la lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires et à la vaccination avec un système de surveillance sentinelle couvrant toutes les maladies.

Le Dr BOWEN-WRIGHT (Jamaïque) dit que sa délégation souscrit au programme proposé de lutte contre les maladies diarrhéiques.

En ce qui concerne la partie de l'objectif du programme 13.1 (Vaccination) relative aux autres vaccinations, le Dr Bowen-Wright tient à appeler l'attention des délégués des autres pays en développement, qui voudraient peut-être connaître la position de l'OMS sur une maladie évitable non visée par le programme, sur le problème rencontré par la Jamaïque dans le domaine de la vaccination contre la rubéole. Cette maladie devient une grave cause de morbidité dans certains pays en développement. En Jamaïque par exemple, il s'agit de la cause la plus courante de cécité chez l'enfant; elle entraîne aussi des complications multiples qui nécessitent souvent des mesures coûteuses de réadaptation ou d'autres soins spécialisés. La vaccination anti-rubéolique est donc à la fois rentable et souhaitable.

Les données épidémiologiques disponibles montrent que les épidémies de rubéole sont cycliques et l'on s'attend à une nouvelle épidémie en Jamaïque au cours des deux prochaines années. Le programme de vaccination doit être adapté aux ressources financières. C'est pourquoi on a vacciné un groupe choisi de filles prépubères, dont un petit pourcentage seulement sont aujourd'hui en âge de procréer. La grande majorité des femmes en âge de procréer ne sont donc pas protégées à moins d'avoir déjà été exposées à la maladie sans le savoir.

Tout en s'efforçant de maintenir un taux de couverture élevé pour les six maladies cibles du programme élargi de vaccination, la Jamaïque a du mal à trouver les fonds nécessaires pour le vaccin antirubéolique qui, comparé au vaccin antipoliomyélitique, est extrêmement coûteux. Le Dr Bowen-Wright souhaiterait savoir quelle aide la Jamaïque pourrait obtenir pour la vaccination antirubéolique dans le genre de celle apportée pour le vaccin antipoliomyélitique à un certain nombre d'Etats Membres par l'intermédiaire de l'OMS, grâce à un don du Rotary International. A cet égard, le Dr Bowen-Wright relève que dans le cadre du programme 13.1 (Vaccination), il n'y a pas de prévisions au niveau des pays pour les Amériques en 1988-1989 alors qu'une augmentation budgétaire est prévue aux niveaux régional et interpays. Le Dr Bowen-Wright reconnaît, en passant, l'aide apportée dans le domaine du vaccin antipoliomyélitique par l'OMS/OPS, le FISE et USAID.

La délégation jamaïcaine souscrit à la version modifiée du projet de résolution.

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) souhaite s'exprimer en des termes favorables et positifs sur le programme 13.6 (Maladies diarrhéiques). La délégation des Etats-Unis d'Amérique souscrit à la version modifiée du projet de résolution qui reconnaît clairement et de façon appropriée les progrès faits par l'OMS. Le Dr Minners se félicite en particulier des paragraphes 1.2) et 7.1) du dispositif.

Le programme est manifestement lié à la survie de l'enfant. L'expérience a confirmé que la thérapie par réhydratation orale peut sauver de nombreuses vies, promouvoir la croissance et une bonne nutrition chez l'enfant, diminuer le nombre des hospitalisations et les coûts qu'elles occasionnent, et réduire au maximum le recours systématique à des médicaments inefficaces, voire nuisibles.

La recherche au cours de ces dernières années a permis d'accumuler un volume considérable de données relativement nouvelles et a abouti à une meilleure compréhension de l'effet de la thérapie par réhydratation orale; cette thérapie va, par exemple, au-delà du simple traitement de la diarrhée pour porter sur les bienfaits liés à l'alimentation de l'enfant. On a également compris que les programmes de lutte antidiarrhéique doivent promouvoir l'utilisation efficace des sels de réhydratation orale par la formation, notamment la formation des médecins et des autres membres de l'équipe de soins de santé primaires.

Parmi les autres sujets qui doivent être abordés figurent la gestion, l'encadrement, la surveillance, l'approvisionnement et la distribution ainsi que les moyens de maintenir la demande de sels. Les mesures préventives telles que l'allaitement au sein, l'hygiène personnelle, l'assainissement, la nutrition et la vaccination contre les maladies telles que la rougeole sont autant d'éléments clés et d'aspects complémentaires des soins de santé primaires. Pour réussir, la thérapie par réhydratation orale doit reposer sur un système de santé efficace, une infrastructure adéquate et la participation active des membres de la famille. Les programmes de réhydratation orale peuvent contribuer à mettre en lumière des problèmes dans l'ensemble du système et ainsi servir de point de départ à l'introduction de modifications appropriées aux soins de santé primaires. Ainsi, le soutien à la thérapie par réhydratation orale peut se révéler un moyen efficace et important de renforcer une infrastructure sanitaire et d'étendre les soins de santé primaires.

Le PRESIDENT appelle l'attention des délégués sur le document d'information relatif au programme élargi de vaccination; mis à jour en avril 1987, ce document est à leur disposition dans la salle de conférence.

Le Dr DA COSTA DELGADO (Cap-Vert) informe la Commission que la délégation du Cap-Vert approuve le projet de programme de lutte contre la maladie, dont elle reconnaît l'importance pour la santé de la population mondiale, et plus particulièrement encore pour les pays en développement.

L'importance du programme 13.1 (Vaccination) est évidente en raison de ses effets sur la santé des enfants et la lutte contre les maladies. Un programme vertical de vaccination a été exécuté au Cap-Vert pendant dix ans. En analysant les résultats, on s'est rendu compte qu'il fallait maintenant l'étendre horizontalement à l'intérieur de la structure de santé, de manière à y intégrer les zones rurales extérieures. Après une étude sur le terrain, un plan d'action national a été formulé; il renforcera les activités du terrain et traduira la volonté politique du Gouvernement à l'égard du programme. Des mesures ont également été prises pour la formation efficace du personnel. Afin de réduire le taux élevé d'abandons - environ 30 % pour la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos - on applique les recommandations de l'OMS tout en exécutant un programme agressif d'information par le biais des mass media.

En ce qui concerne le programme 13.3 (Paludisme), la détérioration de la situation mondiale absorbe souvent une proportion considérable des ressources des pays. La lutte contre le paludisme doit être mieux programmée; le Dr Da Costa Delgado est convaincu que si le programme proposé pour 1988-1989 était mis en oeuvre par les Etats Membres, la situation s'améliorerait malgré la réduction des moyens financiers. Pour lutter contre cette maladie, le Cap-Vert attache une grande importance à la coopération entre pays d'une même région et entre régions, en ce qui concerne tant la formation que les échanges d'informations techniques et opérationnelles.

L'importance du programme 13.6 (Maladies diarrhéiques) en tant que problème majeur de santé publique apparaît dans les rapports du Directeur général et du Conseil exécutif. En 1985, au Cap-Vert, 93 % des décès par maladies diarrhéiques concernaient des enfants de moins de 5 ans; le taux de mortalité dans cette tranche d'âge était de 6 pour 1000. Ces maladies représentent 39 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans, chiffre très élevé qui montre bien l'ampleur du problème. Un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, conforme aux directives de l'OMS, a été mis en oeuvre. Il comprend la formation, la surveillance, la thérapie de réhydratation, l'amélioration de la gestion et l'évaluation. Malheureusement, les causes contributives telles que la sécheresse, l'insalubrité du milieu et les problèmes nutritionnels ne sauraient être rapidement surmontés. Les maladies diarrhéiques sont un problème mondial comparable au SIDA, à cette différence près, toutefois, que leurs frontières sont nettement délimitées. Sans la solidarité internationale, les pays en développement, et plus particulièrement les plus pauvres d'entre eux, ne seront pas en mesure de les combattre. Pour toutes ces raisons, la délégation du Cap-Vert soutient sans réserve la version amendée du projet de résolution.

Le Dr ODDO (Italie) dit que sa délégation a participé avec le plus grand intérêt aux débats de la Commission sur le SIDA et partage entièrement les soucis exprimés par les délégués des autres Etats Membres. Il faut souhaiter toutefois que la vive émotion suscitée par l'apparition du SIDA ne se traduise pas par un affaiblissement des efforts déployés jusqu'ici pour lutter

contre les autres maladies, en particulier contre le paludisme; ce fléau sévit encore dans la plupart des pays tropicaux et équatoriaux, où il fait chaque année des milliers de victimes, spécialement parmi les enfants, sans compter ses effets néfastes sur la productivité et le développement socio-économique. L'aggravation du phénomène de résistance des vecteurs aux insecticides et des parasites aux médicaments constitue un handicap sérieux tant pour la prévention que pour la thérapie de cette maladie. La nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme exige une approche épidémiologique, tenant compte de la diversité des facteurs locaux qui régissent la transmission et des problèmes spécifiques concernant les vecteurs, les parasites, et les différentes situations écologiques, sociales, culturelles et économiques. Les progrès dans cette voie sont lents, non seulement pour des raisons financières mais aussi à cause de la pénurie de personnels spécialisés et de l'imperfection des connaissances sur la manière de mener à bien des campagnes de lutte antipaludiques adaptées à chaque situation locale. De ce fait, la formation de personnels et la promotion de la recherche scientifique apparaissent d'une importance capitale. L'Italie collabore avec l'OMS depuis plusieurs années en organisant des cours réguliers de paludologie à l'intention des jeunes médecins et d'autres catégories d'agents de santé. Elle participe aussi à l'exécution d'études épidémiologiques et à la promotion d'activités antipaludiques dans un certain nombre de pays africains et contribue au Programme spécial de l'OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales, aux recherches sur les vecteurs et les parasites, à la mise au point d'un vaccin antipaludique et au développement de nouvelles méthodes de diagnostic. Ces efforts devront être renforcés et il prie instamment les Etats Membres d'étudier la possibilité d'augmenter leur contribution au Fonds spécial du Programme de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales afin de soutenir son action dans le domaine de la formation et de la recherche sur le terrain, laquelle s'avère nécessaire non seulement pour l'expérimentation de nouvelles méthodes de lutte mais aussi pour approfondir les connaissances sur l'épidémiologie dans les différentes situations locales. Il faut tout faire pour aider l'Organisation à poursuivre sa lutte sans merci contre le paludisme.

M. GHACHEM (Tunisie) félicite l'OMS pour les résultats enregistrés dans les domaines de la vaccination et de la lutte antidiarrhéique. Toutefois, il est très regrettable que les crédits alloués au programme 13.1 (Vaccination) soient si modestes. Il devrait être possible d'étendre la couverture vaccinale à 70, 90, voire 100 % de la population, mais la tâche se révèle difficile parce que les populations qui ne sont pas encore couvertes vivent généralement dans des zones éloignées, d'accès difficile. Il faut donc redoubler d'efforts et augmenter les crédits. Or, les sommes allouées sur le budget ordinaire n'ont pas augmenté et le financement en provenance d'autres sources s'est considérablement réduit. Il prie donc instamment le Directeur général d'insister auprès des pays donateurs pour qu'ils fournissent un appui. L'objectif de la vaccination universelle est sur le point d'être atteint mais la réussite exige la poursuite du programme.

Le Professeur MÜLLER (Pays-Bas) dit que son Gouvernement attache une très grande importance au programme élargi de vaccination qu'il a largement soutenu durant des années. Les activités proposées dans le budget programme montrent ce qu'il y a lieu de faire pour atteindre l'objectif ambitieux de la vaccination de tous les enfants d'ici à 1990. Certains des chiffres cités dans l'analyse de la situation font douter de la possibilité de réalisation de cet objectif. Sans vouloir suggérer son abandon, il constate qu'il faudra faire un effort extraordinaire pour l'atteindre, effort bien difficile à soutenir et qui pourrait détourner des fonds d'autres activités de santé. Une coopération technique et un soutien international seront en tout cas indispensables pendant de nombreuses années encore.

S'agissant du programme de lutte contre les vecteurs de maladie, il se réjouit qu'on ait mis l'accent sur la collaboration intersectorielle en constituant le tableau d'experts de l'aménagement de l'environnement pour la lutte contre les vecteurs. Dans les projets de développement des ressources hydriques, la lutte contre les maladies transmises par les vecteurs devrait être entreprise conjointement par les ingénieurs, les agronomes et les agents de santé. La lutte biologique contre les vecteurs et la surveillance de l'environnement doivent être vigoureusement encouragées. La pénurie mondiale de personnel qualifié pour la lutte antivectorielle pose un grave problème; aussi la délégation néerlandaise approuve-t-elle la priorité accordée au soutien de la formation postuniversitaire et du développement de la carrière d'entomologiste médical.

Le projet de budget programme ne dit pas si les activités de recherche couvriront le secteur des soins de santé primaires, en d'autres termes, si l'on fera des études afin d'établir

comment on pourrait introduire des activités communautaires d'autoprotection, notamment en amenant la population à réduire ses contacts avec les vecteurs ? Quel type d'éducation sanitaire serait efficace ? Et comment on pourrait faire participer les membres des collectivités à la surveillance entomologique ?

En raison des mesures d'économie obligatoires pour la période biennale 1988-1989, le budget du programme de lutte contre les vecteurs de maladies a été réduit de 12 %; la délégation néerlandaise voudrait savoir pourquoi les autres programmes ont été moins lourdement pénalisés.

Il semble qu'il y ait une certaine contradiction entre l'analyse de la situation et les buts du programme d'action contre le paludisme. Sous le but N° 1, il est difficile de comprendre ce que l'on entend par une morbidité paludéenne inférieure à 1 %; s'agit-il de prévalence, d'incidence annuelle ou de morbidité proportionnelle ?

Il est peu probable que la seule chimioprophylaxie fournisse une base adéquate pour la participation à la lutte antipaludique de la collectivité et de ses agents de soins de santé primaires, en particulier lorsqu'on est contraint d'utiliser des médicaments comme la méfloquine dans les régions où s'est installée une résistance à la chloroquine. Il faudrait aussi prendre en considération la réduction des contacts homme/vecteur au moyen de produits antimoustiques et de moustiquaires, l'élimination des gîtes larvaires et l'éducation pour la santé, nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Il faudrait insister sur la nécessité de l'appui des services de santé de base aux activités de soins de santé primaires.

Les progrès de la lutte contre les maladies parasitaires dépendront autant des soins de santé primaires que de l'aménagement de l'environnement et de l'amélioration du diagnostic et des outils thérapeutiques. Jusqu'ici, aucune de ces approches n'a donné de résultats spectaculaires même si d'importants progrès ont été réalisés à certains égards. A l'heure actuelle, la schistosomiase et la trypanosomiase pourraient être maîtrisées avec des moyens relativement simples à condition que la collectivité participe; il faut donc espérer que l'appui financier assez modeste dont l'OMS a besoin pour jouer dans ce domaine un rôle de catalyseur lui restera acquis. Le budget alloué aux maladies parasitaires pour 1988-1989 dans la Région africaine sera amputé de 75 %; il aimerait beaucoup savoir les raisons de cette réduction draconienne.

Le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales a joué un rôle important dans la coordination des recherches technologiques visant à mettre au point de bons outils de lutte contre les maladies. Les progrès rapides de la biologie moléculaire et de l'immunologie procurent sans cesse de nouvelles techniques et permettront sans doute de mieux combattre la maladie mais il faut pour cela que les programmes de lutte et les chercheurs travaillent en étroite coordination. Les épidémiologistes et les sociologues pourraient servir d'intermédiaires mais de gros efforts restent à faire pour développer ces deux disciplines là où elles sont le plus nécessaires, c'est-à-dire dans les zones d'endémicité. Le Gouvernement néerlandais a grande confiance dans les capacités du Programme spécial qui continuera certainement à contribuer partout dans le monde à la recherche et à la formation à la recherche dans le but d'améliorer la lutte contre les maladies tropicales.

Les Pays-Bas se réjouissent des progrès réalisés dans l'exécution des programmes nationaux de recherche et de lutte contre les maladies diarrhéiques, mais une grande distance sépare encore la fourniture de sels de réhydratation orale et l'emploi effectif de la thérapie de réhydratation qui, bien qu'elle soit un élément essentiel de la prévention de la déshydratation diarrhéique, est difficile à promouvoir et à mesurer. Sa délégation, qui est coauteur du projet de résolution sur la lutte contre les maladies diarrhéiques, aimerait que le sixième paragraphe du préambule soit modifié de manière que les termes "diarrhée non aqueuse" soient remplacés par "dysenterie".

Une chose étonnante est que le SIDA, appelé, sans aucun doute, à avoir une incidence sur les activités de tous les programmes de la section 13, n'a été mentionné dans aucun paragraphe. La situation sera probablement très différente en 1989.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) approuve le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et la résolution recommandée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB79.R8.

Il faut se réjouir qu'à la fin de 1986, 87 % des pays visés aient eu un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques et que la production annuelle et l'utilisation des sels de réhydratation orale aient augmenté de façon remarquable. L'importance de ce programme est évidente puisqu'on sait que les diarrhées sont une des principales sources de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et que cette morbidité et cette mortalité sont évitables. Par bonheur, il existe des stratégies efficaces, notamment l'amélioration de

la nutrition, y compris l'allaitement maternel, l'emploi d'eau potable, l'élimination hygiénique des excréta et l'hygiène personnelle et domestique. De plus, la réhydratation orale peut réduire de 67 % la mortalité due aux maladies diarrhéiques.

En réponse au lancement par l'OMS d'un programme mondial de lutte contre les maladies diarrhéiques, la plupart des pays "visés", y compris la République islamique d'Iran, ont instauré des programmes nationaux en étroite collaboration avec l'Organisation. Le programme mondial s'est rapidement développé et de bons progrès ont été réalisés par l'OMS et les Etats Membres. Les propositions du programme biennal, très complètes, indiquent aux pays comment poursuivre le développement de leurs programmes nationaux.

Le Dr BILIKER (Turquie) estime que les activités relatives à la santé des enfants telles que la vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques et les affections respiratoires, et la nutrition, doivent recevoir la priorité dans la lutte contre la maladie. Des programmes d'action peu coûteux pourraient sauver des millions de vies. Le Gouvernement turc a entamé le programme élargi de vaccination en 1985 comme première étape du programme d'amélioration de la santé des enfants. Sa délégation est reconnaissante au FISE, à l'OMS et aux autres organisations internationales qui lui ont apporté un soutien technique et financier.

Fort de l'expérience acquise dans le cadre du programme élargi de vaccination, la Turquie a renforcé l'infrastructure des soins de santé primaires et institué un nouveau programme de surveillance mensuelle des nourrissons. Elle met surtout l'accent sur la formation, la collaboration intersectorielle et la coordination dans ce domaine.

Le programme de vaccination fait partie de la campagne visant à réduire la mortalité infantile. Tous les pays en développement enregistrent des décès infantiles dus aux maladies diarrhéiques; l'arme principale contre ces maladies est l'administration de sels de réhydratation orale (SRO).

En plus des SRO, il faudrait cependant poursuivre la recherche sur les liquides pour la thérapie à domicile, afin d'élaborer des programmes réalisables, dont le rapport coût/efficacité soit satisfaisant.

La délégation turque approuve le programme 13 du projet de budget programme.

M. LESETEDI (Botswana) dit que sa délégation appuie le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques sous certaines réserves. Le "déplacement d'accent en ce qui concerne les personnels nationaux chargés de la gestion des programmes au profit des personnels de niveau moyen à la place des personnels supérieurs", mentionné au paragraphe 7 de la section 13.6, devrait se faire lentement. Un certain nombre de pays, dont le sien, ont encore besoin de cadres supérieurs pour compenser les départs. L'exécution d'enquêtes sur la morbidité, la mortalité et le traitement des diarrhées est une bonne chose mais il faudrait aussi mener des enquêtes sur d'autres questions; il s'est avéré nécessaire au Botswana de faire une étude sur la compréhension de la thérapie par réhydratation orale, les comportements à son égard et son utilisation.

Si sa délégation approuve l'augmentation des crédits aux pays pour le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, elle aurait toutefois préféré que les budgets régionaux et interpayes, en particulier pour la Région africaine, soient majorés plutôt que réduits.

M. JABBAR (Bangladesh) estime que les maladies diarrhéiques représentent une menace capitale pour la santé et la vie de chacun, ou presque, des enfants qui vivent dans des conditions sordides et misérables dans la plupart des pays en développement. Au Bangladesh comme dans bien d'autres pays, les autorités sanitaires considèrent comme prioritaire la lutte contre ces maladies.

Le Bangladesh est l'un des coauteurs du projet modifié de résolution; il juge essentielles quatre des propositions contenues dans ce texte. En premier lieu, il faut intégrer le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques dans le système de soins de santé primaires afin d'en assurer une meilleure gestion, les programmes verticaux n'ayant pas l'impact nécessaire. En second lieu, la responsabilité de la lutte contre les maladies diarrhéiques doit incomber aux pays et l'engagement actif de la population, des communautés et des personnalités influentes locales est nécessaire. Certains aspects de cette lutte débordent le cadre du secteur sanitaire. En troisième lieu et bien que la thérapeutique de réhydratation par voie orale ait sauvé la vie à des milliers d'enfants du Bangladesh, ceux-ci sont maintenant de plus en plus nombreux à souffrir de diarrhées chroniques et la thérapeutique ne suffit pas pour les sauver. Enfin, il faut accorder une attention particulière à un meilleur assainissement, à l'approvisionnement en eau potable saine de bonne qualité, à des soins de santé primaires réguliers et facilement accessibles et à la recherche sur les maladies diarrhéiques.

Le Dr VISHWAKARMA (Inde) indique qu'afin de réaliser l'objectif du PEV d'ici 1990, son pays développe son programme de vaccination par phases pendant la période d'exécution du septième plan de manière à assurer la couverture à 100 % des femmes enceintes par deux doses d'anatoxine antitétanique et la couverture à 85 % des nourrissons par trois doses de vaccin DTC et de vaccin antipoliomyélitique ainsi que par une dose unique de BCG et de vaccin antirougeoleux. Les vaccinations de masse ont débuté en 1985-1986 dans 30 districts spécialement choisis et dans la zone d'attraction de 50 écoles de médecine, le but recherché consistant à réaliser un degré très élevé de couverture. En 1986-1987, 62 autres districts et le reste des écoles de médecine ont été intégrés au programme; les districts restants seront couverts au cours des années à venir, de telle sorte que la vaccination de la totalité des nourrissons et des femmes enceintes répondant aux critères fixés soit réalisée d'ici la fin de 1990. On espère ainsi faire tomber le taux de mortalité, qui est actuellement de 104 décès pour 1000 naissances vivantes, à 87 décès d'ici la fin de 1990 et à moins de 60 d'ici l'an 2000.

L'OMS fournit des services de consultants, des bourses d'études, des fonds pour les activités éducatives de groupe et certains équipements. La contribution du FISE comporte des équipements pour la chaîne du froid, une formation à la gestion de celle-ci, des matériels publicitaires, du vaccin antirougeoleux pour toute la période du septième plan ainsi que des produits chimiques, des équipements et des pièces de rechange pour les instituts producteurs de vaccins.

La sensibilisation du public est favorisée par le recours systématique à la télévision, à la radio, aux campagnes d'affichage et à d'autres moyens audiovisuels qui viennent compléter les communications individuelles directes. Toutes ces actions ont été intensifiées depuis 1986. Afin d'assurer une mise en oeuvre efficace du programme, on s'est assuré la participation pleine et entière d'autres services gouvernementaux ainsi que d'organisations bénévoles et d'organismes autonomes.

L'Inde se suffit en matière de production des vaccins pour le PEV, à l'exception des vaccins antirougeoleux et antipoliomyélitique. Une société pharmaceutique de Bombay a mis en route la fabrication du vaccin antipoliomyélitique, normalement importé, et Rotary International a également proposé de fournir du vaccin antipoliomyélitique oral. Une augmentation de la production locale d'autres vaccins pour le PEV est envisagée dans le cadre du septième plan.

Le programme de lutte antivectorielle ne manque pas en Inde de personnel qualifié mais de ressources, car la résistance au DDT - fort répandue - oblige à utiliser des insecticides plus coûteux. Les méthodes biologiques de lutte prennent ainsi de l'importance, et le Gouvernement a interdit, par exemple, les exportations de grenouilles. Afin de freiner la propagation de l'encéphalite japonaise, on envisage de vacciner les porcins. L'approvisionnement en eau saine et le traitement des eaux contaminées, ainsi que l'éducation pour la santé, ne sont pas non plus oubliés. Les méthodes immunologiques d'examen des repas de sang chez les arthropodes vecteurs, ainsi que le stockage et la recherche de l'information sur la lutte antivectorielle pourront utilement faire l'objet de consultations au titre du programme de l'OMS, auquel la délégation indienne apporte son soutien.

Grâce au programme national d'éradication du paludisme, l'incidence de cette maladie a commencé de baisser depuis la mise en oeuvre d'un plan d'opérations modifié en 1977, bien que le nombre des décès semble avoir augmenté en raison de l'amélioration du système de notification. Au 31 mars 1987, les chiffres communiqués par 20 Etats et territoires font apparaître une baisse tant du nombre total de cas de paludisme que du nombre des cas à Plasmodium falciparum (respectivement 17,2 % et 2,5 % de moins pour l'année par rapport à 1986). Toutefois, les Etats d'Andhra Pradesh, de Gujarat, d'Himachal Pradesh, de Manipur et de Meghalaya et le territoire de Goa ont enregistré en 1987 une augmentation du nombre total de cas. La lenteur des progrès du programme de lutte antipaludique a conduit le Ministère de la Santé et de la Protection de la Famille à désigner en 1985 une commission d'experts nationaux et internationaux chargés de procéder à une évaluation approfondie. Le rapport soumis par cette équipe au Ministère a été étudié par d'autres experts et par des administrateurs de rang élevé, sous la présidence du Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Protection de la Famille. A la suite de ces travaux, l'on a établi une carte des sources de contamination paludéenne dans le pays qui ont été classées par ordre d'importance; l'engagement communautaire et l'éducation pour la santé ont été intensifiés, une coordination intersectorielle a été prévue et des contacts ont été établis avec tous les autres ministères et départements concernés.

Les recherches sur le paludisme se poursuivent. Une commission spécialement créée à cet effet a été chargée d'étudier la situation de la recherche et de définir des axes précis de recherche opérationnelle et en laboratoire.

Le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques utilise des technologies simples de prévention et de traitement de la déshydratation par la thérapeutique liquidienne; 90 % des cas peuvent être soignés à domicile en utilisant l'eau de riz, une solution de sel et de sucre, l'eau citronnée, de l'eau de noix de coco verte et d'autres solutions préparées à la maison. Les sels de réhydratation par voie orale contenant des chlorures de sodium et de potassium, du bicarbonate de sodium et du glucose seront nécessaires pour les 10 % plus gravement touchés. L'éducation sanitaire des mères et la coopération des personnes influentes de la communauté, des agents paramédicaux et des médecins constituent une composante importante du programme, de même que la fourniture de sels de réhydratation par voie orale et les services d'orientation-recours pour les malades atteints de déshydratation sévère.

Une participation communautaire à grande échelle, assortie d'une éducation par les moyens audiovisuels qui explicite les causes et les moyens de prévention, revêt une très grande importance. La morbidité est due à des facteurs complexes et multiples, et une technologie appropriée de remplacement des pertes liquidiennes est indubitablement de nature à abaisser la mortalité. De ce fait, l'engagement communautaire est essentiel dans les domaines de l'éducation, de l'hygiène élémentaire et d'une nutrition adéquate.

Le programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques inscrit au septième plan vise à réaliser cet objectif en Inde, notamment par la voie de la presse, de la radiodiffusion, de la télévision et de campagnes d'affichage.

La délégation indienne appuie le projet de résolution.

Le Dr RAKCHEEV (Union des Républiques socialistes soviétiques) rappelle que le paludisme reste un problème grave pour de nombreux Etats Membres de l'OMS. S'il n'y a pas, comme l'indique le paragraphe 7 de l'analyse de situation figurant à la page 206 du document PB/88-89, de changement notable qui puisse donner à penser que, d'ici 1989, tous les pays auront pu ramener le taux annuel de morbidité paludéenne à moins de 1 %, la délégation soviétique estime qu'il serait bon de mettre l'accent sur d'autres tâches et en particulier d'intégrer les programmes nationaux dans les services de soins de santé primaires, de renforcer la surveillance et d'introduire de nouvelles méthodes de lutte.

Le Dr WASISTO (Indonésie) se félicite des progrès accomplis dans le cadre du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, qui autorisent l'optimisme quant à la réduction de la mortalité chez les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans. La délégation indonésienne soutient le projet de résolution sur cette question, mais elle aimerait que l'information du public et la sensibilisation communautaire soient davantage mises en vedette, particulièrement en ce qui concerne l'utilisation des sels de réhydratation par voie orale (SRO).

Le paragraphe 8 de la page 222 du document PB/88-89 donne les chiffres de la production de SRO en 1985; quel est le nombre estimatif des pays qui produisent actuellement la forme la plus stable de ces sels ?

Le représentant de l'Indonésie prend acte de la légère diminution dans la ligne budgétaire correspondant au programme, mais se félicite de l'augmentation des crédits affectés aux pays et espère que le soutien provenant d'autres sources augmentera au cours des années à venir.

En ce qui concerne le programme de vaccination où l'on note une baisse sensible à la colonne "Autres fonds", il demande quelles seront les incidences de cette diminution alors que l'an 1990 approche. Eu égard aux difficultés budgétaires, les programmes nationaux devront vraisemblablement rechercher des moyens d'exécution plus efficaces.

Mme MELDGAARD (Danemark) dit que son pays appuie énergiquement le PEV depuis bien des années et participe à des programmes bilatéraux de vaccination en Afrique. Elle félicite l'OMS pour sa contribution aux programmes nationaux de vaccination et particulièrement pour son soutien technique. Le Danemark note avec satisfaction que la couverture vaccinale a continué de s'améliorer en 1986, car le programme élargi de vaccination est un élément essentiel de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Ainsi que l'a estimé la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en 1986, les progrès obtenus doivent être étayés grâce à un renforcement des services de soins de santé primaires. Comme l'a indiqué le Directeur général dans son allocution inaugurale devant l'Assemblée mondiale en cours, il est tentant - particulièrement en période de récession économique - de rechercher des résultats rapides, source de dividendes politiques à court terme. Mais il ne faut jamais oublier que, pour exercer à longue échéance des effets durables, les programmes de vaccination doivent s'inscrire dans une infrastructure globale de soins de santé. Il faut donc résister à la tentation de créer des systèmes distincts et verticaux.

L'OMS a fréquemment souligné l'importance du lien qui existe entre les programmes de vaccination et les soins de santé primaires. La déléguée du Danemark partage entièrement cet avis; au cours des prochaines années, les principaux défis à relever concerneront le suivi des efforts accélérés qui ont été consentis et le maintien des progrès réalisés, ainsi que le renforcement des systèmes de soins de santé primaires par toutes les actions vaccinales, composantes des services assurés sur le plan local.

Mme ODOURI (Kenya) dit que sa délégation se félicite de l'importance accordée à la vaccination, vitale à son avis, pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le plan de vaccination kényen a démarré en 1980; l'objectif principal consiste à vacciner gratuitement tous les enfants du pays d'ici 1990. Ce programme est opérationnel dans la totalité des hôpitaux et des centres de santé et dans le tiers des dispensaires. Il a été intégré au programme de soins infirmiers. On estime à 68 % à la fin de 1986 le nombre des enfants ayant subi toutes les vaccinations; l'objectif recherché est de 80 % d'ici 1990. Pour les trois prochaines années, la stratégie vise à accroître de 50 % le nombre des centres de vaccination et à sensibiliser davantage encore le public aux avantages de la vaccination.

Le Kenya est reconnaissant à l'OMS, au FISE et à DANIDA pour leur appui financier, matériel et technique; il reste cependant pleinement conscient du fait qu'il faudra encore beaucoup d'efforts coordonnés pour atteindre les objectifs fixés. La poursuite de l'aide de l'OMS sera nécessaire. La délégation du Kenya appuie sans réserves les propositions budgétaires concernant la lutte contre les maladies transmissibles.

Le Dr GEORGIEVSKI (Yougoslavie) dit que son Gouvernement a une haute opinion du programme OMS de lutte contre les maladies diarrhéiques et qu'il a instauré son propre programme en coopération étroite avec celui de l'OMS. La Yougoslavie est satisfaite des fonds prévus dans le projet de budget programme et reconnaissante aux autres organisations contribuant, à savoir le FISE, le PNUD et la Banque mondiale. Ces organisations devraient continuer d'appuyer une activité qui revêt une importance particulière pour les pays en développement. Enfin, la délégation yougoslave demande à être inscrite sur la liste des coauteurs du projet de résolution sur la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Le Dr GHOGOMU (Cameroun) appuie les propositions contenues dans le budget programme et félicite le Directeur général et le Secrétariat pour les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies. La délégation camerounaise regrette que ce soit précisément le budget du programme de lutte contre les maladies parasitaires qui subit les plus fortes réductions - plus de 31 % à l'échelon mondial et plus de 75 % dans la Région africaine. Cette situation est paradoxale eu égard au nombre toujours croissant des cas, à la participation d'un nombre accru de pays au programme et au coût élevé des médicaments et des moyens diagnostiques. Le Dr Ghogomu s'associe au délégué des Pays-Bas pour demander une explication.

Il appelle l'attention sur le paragraphe 3 alinéa 3 de la résolution WHA36.31 qui priait le Directeur général de prendre les mesures appropriées en vue de mobiliser un soutien extrabudgétaire accru pour le programme de lutte contre la trypanosomiase africaine, et en appelle au Directeur général pour qu'il dégage davantage de crédits extrabudgétaires pour maintenir, renforcer et élargir les programmes nationaux existants pour lesquels un plein soutien politique a déjà été obtenu.

Le Dr GRECH (Malte) estime que le programme élargi de vaccination constitue l'une des actions les plus importantes jamais entreprises par l'OMS et qu'il mérite de se voir conférer le degré le plus élevé de priorité. Ce programme apporte un moyen efficace de réduire dans des proportions spectaculaires l'incidence des six maladies cibles évitables par la vaccination, et sert de catalyseur au développement de structures sanitaires nationales. Il conviendrait de mettre davantage l'accent sur l'intégration des activités vaccinales dans les services de santé maternelle et infantile, ainsi que sur la réduction des taux d'abandon, de manière à assurer une meilleure couverture par les vaccins à doses multiples. Comme l'indique le paragraphe 26 de la section 13.1, on peut supposer que des ressources extrabudgétaires accrues seront obtenues, et les chiffres du tableau pertinent doivent être considérés comme représentant une estimation prudente. Enfin, il ne faut épargner aucun effort pour obtenir des ressources budgétaires pour un programme présentant une importance aussi vitale.

Le Professeur ORDONEZ CARCELLER (Cuba) déclare que sa délégation appuie le programme à l'examen et tient à évoquer, en particulier, le sous-programme 13.1 (Vaccination). Son pays a étendu son programme national de vaccination - qui a déjà permis d'obtenir de bons résultats - à la rougeole, à la rubéole et aux oreillons. Avec l'aide de diverses organisations, il a récemment achevé une campagne nationale de vaccination des enfants de un à quatorze ans par le vaccin trivalent contre ces maladies; la couverture obtenue est de 95 %.

La stratégie adoptée vise à éviter des complications telles que les décès par méningite et par maladies congénitales chez les enfants de moins d'un an, contribuant ainsi à réduire la mortalité infantile.

Le Dr RODRIGUES CABRAL (Mozambique), évoquant le programme 13.3 (Paludisme), et plus particulièrement les paragraphes 10 à 13 de cette section du projet de budget programme, déclare que de nombreux pays africains devront s'en tenir pendant la période biennale à de modestes programmes de lutte visant simplement à un abaissement de la mortalité. Mais même cet objectif modeste est compromis par la propagation de souches de P. falciparum résistantes aux antipaludiques courants; il faut pourtant l'atteindre à tout prix.

L'usage impropre des médicaments antipaludiques auquel on assiste actuellement et qui encourage la propagation de ces souches résistantes est la conséquence du diagnostic incorrect de certains syndromes fébriles d'origine inconnue. La seule manière de mettre fin à cet usage impropre consiste à mettre au point des techniques de laboratoire simples et bon marché en parasitologie, microscopie ou sérologie, que pourront appliquer des agents de santé polyvalents dans les postes sanitaires. Ces techniques simples et bon marché pourraient permettre à ces agents de santé d'être plus sélectifs et de ne prescrire des antipaludiques que quand la présence de parasites a été confirmée; elles permettraient aussi de surveiller l'effet des médicaments prescrits sur les parasites dans le sang du malade, pour décider si un traitement secondaire est nécessaire et, en cas de résistance, s'il faut procéder à des examens de contrôle pour éviter la transmission de souches résistantes.

Les pays concernés n'ont pas les moyens de former et de payer des microscopistes pour en doter chaque poste de santé; il est donc indispensable qu'ils disposent de techniques simples susceptibles d'être appliquées aisément par les agents de santé polyvalents.

Se félicitant des progrès accomplis dans le cadre du programme 13.6 (Maladies diarrhéiques), le Dr Rodrigues Cabral appuie fermement les politiques de réhydratation orale, mais souligne que chaque pays possède des caractéristiques spécifiques. Pour ce qui est du sien, l'expérience des dernières années a démontré qu'il était important de réaliser des études préliminaires sur les croyances, les attitudes et les connaissances des mères et des agents de santé concernant la réhydratation orale et la diarrhée infantile. Les résultats de ces études peuvent être extrêmement utiles pour définir les priorités locales. Dans le cas du Mozambique, par exemple, l'étude des pratiques de réhydratation orale existantes a montré que pour améliorer ces pratiques il fallait commencer la réhydratation aussitôt que possible et administrer des volumes de liquide plus importants. Il est possible que l'on parvienne à des conclusions analogues dans d'autres pays.

Il n'est pas toujours nécessaire que la réhydratation orale prenne la forme de sachets de sels de réhydratation, qui parfois soulèvent des problèmes d'approvisionnement et de distribution. Dans les grands centres de santé ou les dispensaires, on peut apprendre aux mères comment préparer un mélange sel-sucre à domicile, mais parfois on ne peut pas se procurer ces produits. Il ressort de l'expérience de son pays que des bouillies préparées au foyer peuvent contribuer à abaisser la mortalité par diarrhée. L'intérêt de ces pratiques de réhydratation doit être apprécié du point de vue des valeurs, des attitudes et des croyances. Le Mozambique appuie fermement la composante épidémiologique des activités de recherche biomédicale proposée au paragraphe 11 du programme.

Par ailleurs, le Mozambique apprécie vivement les quelques publications du programme disponibles en portugais et félicite le Secrétariat de ses efforts pour fournir d'autres publications techniques dans cette langue. Sa délégation souscrit sans réserve aux propositions du budget programme pour les maladies diarrhéiques; elle figure parmi les coauteurs du projet de résolution sur ce point.

M. HABIB (Afghanistan) déclare que sa délégation, qui appuie le programme 13 en général, souhaite faire des observations sur les sous-programmes 13.1, 13.3 et 13.7. La délégation afghane se félicite de la coopération de l'OMS dans la lutte contre les maladies diarrhéiques et la fructueuse exécution du programme élargi de vaccination en Afghanistan, qui a permis à la

mortalité attribuable à ces maladies chez les enfants de moins de cinq ans d'enregistrer une baisse sensible dans les zones visées.

En ce qui concerne le sous-programme 13.3, un programme antipaludique à l'échelle de tout le pays fonctionne en République démocratique d'Afghanistan depuis très longtemps. Au cours des deux dernières années, plusieurs mesures de lutte antipaludique ont été prises. L'action antipaludique, qui englobe la surveillance, le dépistage des cas actifs et passifs, les enquêtes épidémiologiques, le traitement de masse, les opérations d'épandage et les opérations physiques et biologiques, a été intensifiée.

Néanmoins, l'exécution du programme de lutte antipaludique a été entravée par une baisse des fonds provenant notamment de l'OMS, par des problèmes techniques et administratifs, par des pénuries de médicaments antipaludiques et d'insecticides, ainsi que par d'autres problèmes. L'augmentation des cas de paludisme à *P. falciparum* (473 à ce jour) et des cas de résistance aux amino-4 quinoléines aggravera la situation si on ne parvient pas à y faire face correctement.

Il ressort clairement de l'analyse de la situation que le paludisme continue d'être un important problème de santé publique dans les pays d'endémie. L'enveloppe budgétaire est sans commune mesure avec les objectifs fixés, notamment dans la Région de la Méditerranée orientale. Avec une baisse de près de 50 % du budget ordinaire au niveau régional et interpays, il ne sera peut-être pas possible de mener à bien toutes les activités proposées. En tant que pays qui n'est pas autonome en matière de lutte contre le paludisme et qui n'a pas accès à d'autres ressources, l'Afghanistan souffrira plus que d'autres de cette diminution de crédits et espère donc que le programme bénéficiera de ressources extrabudgétaires.

Le Dr HADJ-LAKEHAL (Algérie) déclare que sa délégation appuie sans aucune réserve le programme 13 dans son ensemble et souhaite faire quelques remarques sur les sous-programmes 13.1 (Vaccination) et 13.6 (Maladies diarrhéiques). Les divisions responsables de ces programmes doivent poursuivre leurs travaux, notamment dans les domaines de l'information et de la recherche de formules nouvelles, et continuer aussi à apporter un appui en matière de formation et de recyclage des personnels médicaux.

Non seulement il est essentiel d'accorder une haute priorité au programme de vaccination, mais il est impératif que le financement au niveau des pays soit largement assuré par les propres ressources de chacun. Un programme qui est nécessairement à long terme ne peut dépendre de l'aide ou de contributions, et un tel programme étant une activité fondamentale et prioritaire des services de santé, il doit être financé par le pays lui-même.

On ne peut considérer l'organisation de campagnes de vaccination et de journées nationales de vaccination comme la stratégie principale; il s'agit plutôt d'une stratégie d'appui, car la stratégie primordiale est celle qui vise à développer le système de santé tout entier dans le cadre des soins de santé primaires et à généraliser les vaccinations dans l'ensemble des structures sanitaires de base.

Dès que le programme est relativement avancé, il faut ramener son suivi et son évaluation au niveau local. L'autoévaluation et les enquêtes de couverture, en particulier, ne peuvent pas rester au niveau national ou régional, car on ne dispose pas à ces niveaux de données sur lesquelles fonder des ajustements de la stratégie permettant de réaliser des progrès plus rapides et d'utiliser plus efficacement des ressources que l'on risquerait autrement de gaspiller.

La délégation algérienne souhaite figurer parmi les coauteurs du projet de résolution sur le programme 13.6 (Maladies diarrhéiques) soumis à la Commission. Depuis 1984, l'Algérie mène un programme national de lutte contre les maladies à transmission hydrique et plus particulièrement les maladies diarrhéiques chez l'enfant. Ces maladies sont la principale cause de mortalité infantile; la vaccination entre donc dans le cadre du programme national de lutte contre la mortalité infantile.

Ces programmes doivent comporter des sous-programmes d'éducation pour la santé formulés en même temps que le programme principal est mis au point et exécutés par le Ministère de l'Information pour assurer que tous les partenaires intersectoriels qui partagent les responsabilités soient correctement informés. Les services d'information devraient posséder leurs propres sous-programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques dont ils seraient intégralement responsables et qui auraient leurs propres objectifs et leurs propres directives et seraient soumis à une évaluation. Le caractère intersectoriel du programme signifie que tous les secteurs, y compris celui de l'éducation, doivent avoir leurs propres responsabilités vis-à-vis de la réalisation de l'objectif commun.

Le Dr BATCHVAROVA (Bulgarie) déclare que sa délégation appuie tous les programmes présentés dans le projet de budget programme pour 1988-1989, mais que le programme 13.1 (Vaccination) est particulièrement d'actualité. Il faut protéger les enfants contre les maladies, or le nombre de ceux qui ont besoin d'une prévention spécifique augmente constamment. D'autres vaccinations deviendront nécessaires, à mesure que de nouveaux vaccins seront mis au point, comme on l'espère, contre le SIDA et d'autres maladies malignes. Il ne reste que trois ans avant la fin de la décennie; selon le projet de budget programme, on aura obtenu à ce moment-là une réduction sensible de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies visées par le PEV.

La situation mondiale, exception faite de la Région de l'Europe, est décourageante, mais ce n'est pas en raison d'une pénurie de matériel car, si l'appui financier fourni par le budget ordinaire laisse quelque peu à désirer, le programme bénéficie de ressources extrabudgétaires considérables et l'OMS et le FISE fournissent le matériel nécessaire. La chaîne du froid soulève encore certaines difficultés mais la grande faiblesse dans la mise en oeuvre des programmes nationaux de vaccination et la principale cause de retard sont l'abandon des vaccinations par les mères et leur manque d'information. Cette situation est un motif de profonde inquiétude pour la santé infantile. Une aide extérieure serait certainement très utile, mais elle ne pourrait qu'être temporaire. L'expérience a montré que l'intégration des activités de vaccination aux services de santé maternelle et infantile était hautement efficace; le Dr Batchvarova est entièrement d'accord avec le délégué de l'Algérie quant au fait que la vaccination ne doit pas être simplement une question de campagnes, mais faire partie intégrante du travail quotidien des services de santé et être l'un des soucis permanents de ceux-ci. Le personnel médical a besoin de l'aide de la collectivité tout entière et plus particulièrement de celle des associations de femmes et des comités de la Croix-Rouge. Les médias ont aussi un rôle considérable à jouer dans ce domaine. Sa délégation appuie donc sans réserve le programme.

Le Dr MOJI (Lesotho), se rapportant au programme 13.6 (Maladies diarrhéiques), souligne l'importance de l'intégration de la formation et des prestations au programme élargi de vaccination, ainsi que celle de la prise en charge des maladies diarrhéiques et des compétences gestionnaires, qui sont des éléments indispensables pour tirer le maximum de profit des ressources limitées dont on dispose.

La politique de lutte contre les maladies diarrhéiques menée par son pays met l'accent sur l'hydratation précoce, l'alimentation au sein et la poursuite de l'alimentation pendant et après la diarrhée.

Sa délégation appuie le projet de résolution proposé par le Conseil exécutif dans la résolution EB79.R8, avec les amendements proposés par le délégué de la Suisse.

Le Dr BA (Mauritanie) réaffirme l'appui de sa délégation au programme élargi de vaccination, qui a donné d'excellents résultats dans la plupart des pays et dont l'élan doit être maintenu. Les progrès considérables accomplis ces dernières années sont liés, dans son pays, à la combinaison de plusieurs stratégies complémentaires. La campagne de vaccination de masse, qui comporte un élément substantiel de promotion, a contribué pour une part importante (28 %) à la couverture globale de la population cible, qui était de 53 % en avril 1986. Elle a aidé à sensibiliser les populations à l'importance de la vaccination. Une distribution massive de vitamine A a été associée à cette campagne. Même si elles sont coûteuses et si elles prennent du temps, ces campagnes ont une action de promotion incontestable.

Les autres stratégies sont la vaccination dans des centres fixes, qui doit faire l'objet d'une priorité élevée pour être étendue à l'ensemble du pays, et la vaccination par des équipes mobiles dans les zones rurales qui ne bénéficient pas d'une bonne couverture sanitaire. Ces équipes mobiles peuvent diversifier leurs activités, s'agissant notamment de l'éducation pour la santé et de la desserte des zones périphériques des grands centres urbains qui sont souvent quelque peu abandonnés, dans le cadre d'une stratégie avancée. Le maintien du programme élargi de vaccination au niveau souhaitable exige une mobilisation sociale soutenue et des mesures propres à sensibiliser le public; il faut donc fournir les ressources et les moyens d'incitation nécessaires. Si, avec des pays, d'autres organisations telles que le FISE acceptent de financer ce programme, il est néanmoins inquiétant de constater une réduction dans le projet de budget programme pour 1988-1989 pour la Région de l'Afrique, car le rôle et l'action pilote de l'OMS ne doivent pas être amoindris.

Le Dr Ba demande si ce qui est dit dans le projet de programme quant à la coordination et au développement des activités du PEV dans le cadre du programme 13.13 (Autres maladies transmissibles) ne signifie pas que les activités du PEV risquent d'être diluées.

M. JOHNSON (Libéria), commentant le programme 13.3, déclare que le paludisme reste l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans de nombreux pays, notamment en développement. La situation est bien analysée dans le projet de budget programme.

Si l'action de lutte antipaludique et d'éradication du paludisme menée par l'OMS n'a pas abouti en raison de la résistance à la chloroquine, sa délégation se félicite du fait que les efforts concertés et sans relâche de l'OMS et d'autres institutions qui collaborent avec elle aient conduit à la mise au point d'un nouveau médicament et que les travaux sur d'autres médicaments se poursuivent. Il prend note de la stratégie proposée pour combattre la maladie.

De nombreux pays en développement se heurtant à des obstacles pour assurer un niveau appréciable de prestations sanitaires à la majorité de leurs citoyens, sa délégation apprécie l'engagement indéfectible de l'OMS vis-à-vis du très important programme de lutte antipaludique, dont témoigne l'augmentation budgétaire de 12,9 % pour l'exercice 1988-1989. Néanmoins, elle constate avec inquiétude que cet important programme n'a pas reçu de crédits extrabudgétaires au niveau des pays dans la Région de l'Afrique. Se rapportant au paragraphe 19 du programme, il déclare que les pays africains demandent instamment à l'OMS de faire tous les efforts possibles pour mobiliser des ressources extrabudgétaires en faveur de ce programme que sa délégation appuie. Celle-ci souscrit également au projet de résolution sur la question proposé par le Conseil exécutif.

Le Dr HYZLER (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) suggère d'ajouter les mots "de meilleures pratiques de sevrage" à l'alinéa 2, paragraphe 1, du dispositif du projet de résolution sur les maladies diarrhéiques soumis à la Commission.

Le Dr MONEKOSSO (Directeur régional pour l'Afrique) explique, en réponse aux délégués du Canada et du Cameroun, que la différence de US \$1 145 500 entre les crédits 1986-1987 et 1988-1989 pour les maladies parasitaires, au titre du budget régional et interpays, représente la contribution du budget régional de l'Afrique au Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP). La Commission notera qu'une somme de US \$54 859 100 figure à la rubrique des ressources extrabudgétaires pour la lutte contre les maladies parasitaires. Cette somme représente le budget de l'OCP, qui s'élève à près de 40 % du budget régional total, tous programmes confondus. Eu égard aux difficultés financières présentes, le Bureau régional a décidé qu'il était dans l'impossibilité de continuer à contribuer à l'OCP. Toutefois, si le budget régional revenait à son niveau précédent, la contribution reprendrait. En fait, la décision du Bureau régional n'a réduit que d'un très petit montant le budget de l'OCP. Néanmoins, les délégués ont raison de souligner que les crédits du budget régional pour les maladies parasitaires sont faibles eu égard à la prévalence de ces maladies en Afrique. Il convient toutefois de noter l'augmentation des crédits budgétaires pour la lutte antivectorielle, qui représente la stratégie la plus efficace contre les maladies parasitaires.

Le Dr HENDERSON (Directeur, Programme élargi de vaccination) note les observations des intervenants et déclare que leurs suggestions seront prises en compte par le programme élargi de vaccination (PEV). Il partage les inquiétudes qui ont été exprimées sur la possibilité de poursuivre les programmes, soulignant la nécessité de continuer à bénéficier d'appuis extrabudgétaires et de voir les pays continuer, dans toute la mesure possible, à soutenir leurs programmes au moyen de budgets ordinaires.

Répondant aux observations du délégué de la Jamaïque au sujet de la rubéole, il souhaiterait appeler aussi l'attention des Etats Membres sur le fait que des problèmes analogues se poseront au cours des prochaines années, au fur et à mesure qu'on disposera de nouveaux types de vaccins. Tout d'abord, il faut évaluer tous les aspects du problème que le vaccin est destiné à résoudre. Souvent, dans le cas des pays en développement, les renseignements concernant la rubéole sont incomplets et contradictoires; dans certains d'entre eux le syndrome de la rubéole congénitale ne paraît pas poser un problème aussi important que dans d'autres. Une fois le problème défini, l'étape suivante est d'élaborer une stratégie d'utilisation du vaccin disponible. Une épidémie comme celle avec laquelle la Jamaïque estime être aux prises crée une situation d'urgence, qu'on ne peut pas résoudre en vaccinant les femmes d'âge à procréer, mais qui exige plutôt une campagne de vaccination de masse couvrant un vaste groupe d'âges. L'OMS, ses bureaux régionaux et d'autres organismes régionaux possèdent des ressources pour combattre les épidémies; ces ressources devraient être mises en oeuvre au service des Etats Membres. Dans le cas de la rubéole, un programme de vaccination de routine des nourrissons n'est pas conseillé, à moins de pouvoir normalement assurer une couverture vaccinale des nourrissons de plus de 70 %, déterminée d'après la couverture vaccinale antirougeoleuse. Autrement, et c'est

ce qui se passe dans beaucoup de pays en développement, il y a risque d'aggraver le problème de la rubéole congénitale, l'insuffisance de la couverture vaccinale des nourrissons ayant pour conséquence qu'un plus grand nombre de jeunes femmes sont sensibles à la maladie quand elles parviennent à l'âge de procréer.

Répondant à une autre question posée par le délégué de la Jamaïque au sujet du vaccin contre la rubéole et concernant aussi d'autres vaccins - contre l'hépatite B, le SIDA ou le paludisme - il précise que l'OMS est au service des Etats Membres pour les aider à se procurer les ressources nécessaires à l'acquisition de nouveaux vaccins, peut-être en s'adressant à des organisations non gouvernementales intéressées aux séquelles de la maladie en cause.

Il est vrai que le budget de la Région des Amériques ne fait pas apparaître de fonds pour le PEV au titre des programmes des pays, mais cela est dû au fait que les fonds en question sont probablement englobés dans une rubrique budgétaire plus ample, par exemple la santé maternelle et infantile. En fait, l'appui de l'OPS au PEV figure parmi les plus importants si l'on considère les autres Régions, et il est peu probable qu'il soit réduit à l'avenir.

Répondant au délégué de la Mauritanie, il précise que, dans la Région africaine une partie du budget PEV est inscrite au titre du programme 13.13. Tout pays accordant une haute priorité aux activités PEV contribue à attirer des fonds vers le PEV et à maintenir le financement du programme.

En conclusion, il signale aux délégués l'existence d'une déclaration commune OMS/FISE sur la vaccination et le SIDA et d'une déclaration OMS/FISE sur l'utilisation de la vitamine A contre la rougeole.

Le Dr SLOOFF (Directeur, Division de la Biologie des Vecteurs et de la Lutte antivectorielle) remercie les intervenants qui ont exprimé leur soutien au programme. Répondant aux questions qui ont été posées, il donne aux délégués de l'Inde, de l'Italie et des Pays-Bas l'assurance que la résistance croissante aux insecticides, le coût de nouveaux insecticides chimiques, la nécessité de trouver des méthodes de lutte biologique et environnementale énergiques et l'élaboration d'approches de soins de la santé primaires appliquées à la lutte antivectorielle, mettant particulièrement l'accent sur la participation communautaire, figurent parmi les problèmes qui font l'objet des principales lignes d'action du programme de lutte antivectorielle.

Le développement des personnels de santé, sur lequel le délégué des Pays-Bas voudrait qu'on mette davantage l'accent, bénéficie de l'attention constante du programme, qui coopère avec DANIDA, USAID et d'autres bailleurs de fonds pour organiser des cours de biologie des vecteurs et de lutte antivectorielle dans de nombreux pays d'endémie. Selon une autre approche, appliquée en collaboration avec les pays industrialisés, ces derniers assurent à des étudiants provenant des pays d'endémie une formation en biologie des vecteurs et lutte antivectorielle qui leur est dispensée en même temps qu'aux étudiants nationaux. Dans ce contexte, le programme de formation d'administrateurs assistants offre un excellent exemple de la manière dont les pays donateurs peuvent, en collaboration avec l'OMS, contribuer à une formation acquise au cours de stages auprès de l'Organisation. Répondant à une autre question du délégué des Pays-Bas, il précise que l'intégration de la lutte antivectorielle dans les services de santé généraux représente une évolution spécialement intéressante. Les paragraphes 4 et 10 de l'exposé du programme montrent que la participation communautaire est un élément majeur dans la mise au point de méthodes de lutte antivectorielle dans le cadre des soins de santé primaires, y compris en ce qui concerne les mesures d'autoprotection, réduisant le contact homme-vecteur. Si le SIDA n'est pas mentionné dans l'exposé du programme, c'est que l'on possède des preuves épidémiologiques plus que suffisantes du fait que les insectes ne jouent aucun rôle dans la transmission de la maladie. Néanmoins, le programme est constamment en contact avec les institutions de recherche pour veiller à ce que les preuves épidémiologiques soient confirmées par des données scientifiques.

Concernant les observations au sujet des réductions budgétaires, il note que si le programme de lutte antivectorielle doit subir de substantielles réductions de ses crédits au titre du budget ordinaire en 1988-1989, le Directeur général a récemment approuvé en principe une réorganisation du programme, ramenant le nombre des services de trois à deux, tout en permettant au personnel professionnel de concentrer ses efforts sur les aspects de formation, de gestion et de fonctionnement en matière de lutte antivectorielle, et de fournir par conséquent de meilleures directives pour l'intégration de la lutte antivectorielle dans les services généraux et, en particulier, dans les soins de santé primaires. Cette activité bénéficie déjà d'un appui bilatéral.

Le Dr NAJERA-MORRONDO (Directeur, Programme d'action antipaludique) remercie les délégués qui ont exprimé leur appui et formulé des observations constructives au sujet du programme. Il leur rappellera néanmoins que le projet de budget programme a été conçu pour réaliser les objectifs du septième programme général de travail, qui a été élaboré il y a six ans, à l'époque où les paludologues avaient une attitude différente quant à leur rôle dans les soins de santé primaires. Le huitième programme général de travail, comme le délégué soviétique le notera avec satisfaction, recommande de renforcer les services épidémiologiques dans les soins de santé primaires pour mieux consolider les résultats déjà obtenus. Il faut admettre que la terminologie utilisée dans l'exposé du programme est assez spécialisée; l'expression "morbidité paludéenne" signifie en fait l'incidence parasitaire annuelle.

Comme le préconise le rapport du Conseil exécutif, le programme proposé s'inspire des recommandations formulées par le Comité d'experts à sa dix-huitième réunion en faveur d'une action fondée sur des directives épidémiologiques, avec une répartition adéquate des fonctions entre services généraux et services spécialisés. Le rôle des services spécialisés est d'appuyer l'infrastructure sanitaire afin d'assurer à toute la population l'accès à des moyens appropriés de diagnostic et de traitement, pouvant prendre en charge les cas de paludisme clinique et orientant les cas graves et les cas d'échec de traitement vers des services de recours équipés pour les traiter. Les services spécialisés doivent aussi assurer une éducation sanitaire préparant à des activités de lutte antipaludique tant individuelles que communautaires. Dans certaines zones posant des problèmes particuliers cette action devrait être complétée par des opérations antivectorielles choisies en fonction des observations épidémiologiques et des compétences techniques disponibles. Des mesures de cette sorte contribueraient à réduire l'utilisation incorrecte de médicaments dont a parlé le délégué du Mozambique; le programme s'en préoccupe aussi, car l'utilisation incorrecte des médicaments est un facteur majeur de diffusion de la pharmacorésistance. L'exposé du programme fait apparaître les résultats préliminaires prometteurs qu'on a obtenus en utilisant des moustiquaires imprégnées pour la protection individuelle. Depuis la rédaction de l'exposé, d'autres résultats positifs ont été signalés, et plusieurs pays envisagent d'appliquer les nouvelles techniques par le biais de l'éducation sanitaire et de la participation communautaire, qui permettent de progresser - peut-être lentement, mais régulièrement - vers l'objectif des soins de santé primaires. Dans son ensemble le programme devrait concentrer ses efforts sur la formation et le recyclage du personnel de santé, à tous les niveaux, pour lui permettre de jouer son rôle dans la lutte antipaludique. Dans ce contexte, il exprime sa gratitude au Gouvernement italien pour les efforts novateurs qu'il a accomplis à l'appui de la formation internationale en lutte antipaludique. Couronnés d'un grand succès, ces efforts ont suscité des initiatives analogues et un appui croissant à la coordination de la formation aux niveaux mondial et régional. Les activités de formation couplées avec la recherche sur le terrain, particulièrement la recherche épidémiologique, constitueront la base de l'application des approches nouvelles que le Conseil exécutif a recommandées sur l'avis du Comité d'experts.

Le Dr DAVIS (Directeur, Programme des Maladies parasitaires) remercie les intervenants qui ont exprimé leur appui aux objectifs du programme des maladies parasitaires.

Répondant aux délégués du Cameroun et des Pays-Bas, qui ont spécifiquement parlé de la trypanosomiase africaine, il explique qu'en 1983 la résolution WHA36.31 a officialisé l'existence d'un petit programme concernant l'approche par les soins de santé primaires pour combattre la maladie du sommeil. Les principales activités du programme étaient : définition de leur situation épidémiologique par les Etats Membres endémiques; élaboration, mise en route et évaluation de programmes de lutte; tenue régulière de cours technologiques de formation en association avec la FAO et l'OUA, tant au niveau interrégional qu'au niveau national; appui technique ad hoc et services assurés par le Secrétariat pour l'acquisition de fournitures et de matériel. Dix-huit des 36 pays où la maladie du sommeil pose problème participent maintenant à ce programme. Ces pays ont restructuré leurs propres programmes et obtenu des résultats sensiblement améliorés. Leur attitude, qui est des plus encourageante pour l'OMS, confirme qu'il existe dans les pays d'endémie la volonté politique de donner la priorité à la lutte contre la maladie du sommeil.

Mais le financement du programme se heurte à des difficultés considérables. On avait reçu tout d'abord de généreuses contributions de la Suisse, des Pays-Bas et de la Belgique. Des fonds complémentaires ont été fournis par le programme du Directeur général pour le développement et par le Directeur régional pour l'Afrique, suivant les recommandations de la résolution WHA36.31. Actuellement, toutefois, les contraintes budgétaires sont telles que le

budget ordinaire ne peut plus supporter les coûts du programme; les sources extérieures de fonds sont tarries et, il y a six semaines, le programme avait à peu près épuisé ses fonds. Le Directeur général est intervenu avec une exceptionnelle générosité et a fourni suffisamment de fonds pour continuer les activités du programme dans l'avenir immédiat. Mais rien ne garantit que ce financement sera maintenu au-delà de 1988.

Le Dr GODAL (Directeur, Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales) précise pour répondre au Professeur Müller, qui a insisté sur l'importance de l'épidémiologie et des sciences sociales dans la recherche sur les maladies tropicales, que l'on remanie actuellement la structure du programme pour renforcer l'aspect épidémiologique des différents groupes de maladies. On procède de même pour les sciences sociales. De plus, le programme TDR entre dans une phase nouvelle puisqu'une quarantaine de produits font déjà ou vont bientôt faire l'objet d'essais de terrain et de travaux de recherche opérationnelle dans des pays d'endémicité. Ce genre d'étude est une autre occasion de former du personnel national à la recherche de terrain. Des activités mixtes de recherche et de formation sont déjà en cours et la réaction des pays intéressés a été très favorable.

Le Professeur Müller a également parlé du manque d'information sur le SIDA à propos des maladies visées par les divers programmes. La situation a beaucoup évolué depuis la préparation de l'exposé programmatique il y a environ neuf mois; pour ce qui est du programme TDR en particulier, on se propose de collaborer étroitement avec le programme spécial de lutte contre le SIDA, auquel des renseignements ont déjà été communiqués sur les institutions renforcées dans des domaines qui, actuellement, l'intéressent particulièrement, à savoir l'immunologie et les sciences sociales. De plus, les deux programmes prévoient d'organiser une réunion commune à la fin de 1987 concernant l'impact que pourrait avoir le SIDA sur les aspects cliniques et épidémiologiques des maladies tropicales.

Le Dr Cabral a évoqué la nécessité de disposer d'épreuves diagnostiques simples pour le paludisme. Si la simplification n'est pas encore aussi avancée que le Dr Cabral le souhaiterait, on a mis au point des sondes d'ADN qui sont aussi sensibles et spécifiques qu'un bon examen microscopique et sont parfaitement adaptées au dépistage dans d'importants échantillons aux fins de la surveillance. D'autres progrès technologiques seront toutefois nécessaires pour que l'on arrive à simplifier les épreuves sur le terrain dans le cadre des programmes de lutte.

Le Dr MERSON (Directeur, Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques) apprécie vivement l'appui manifesté au programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (CDD) ainsi qu'aux suggestions qui ont été formulées. Les objectifs du programme fixés au niveau mondial pour 1989 ne se concrétiseront que si les programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques atteignent leur but, ce pour quoi il faudra un engagement soutenu de la part des Etats Membres. Les responsables du programme CDD sont prêts à continuer de collaborer activement avec les Etats Membres pour intensifier cet engagement.

Le délégué du Népal a eu raison de souligner l'importance d'une collaboration étroite entre les organismes bailleurs de fonds ainsi que la nécessité d'accorder la priorité à la formation gestionnaire des agents d'encadrement et, dans la mesure du possible, d'intégrer la formation concernant les maladies diarrhéiques, la vaccination et les maladies aiguës des voies respiratoires. Cela a déjà été fait dans de nombreux pays, où le cours de formation à l'encadrement CDD sert de base à la formation sur divers aspects des soins de santé primaires. Les responsables du programme CDD n'ignorent pas qu'il faut fournir des moyens financiers pour de petits projets de recherche afin de résoudre les problèmes opérationnels auxquels se heurtent les programmes nationaux. Sur l'avis du groupe consultatif technique, ils ont donc beaucoup simplifié en 1987 les procédures à suivre pour obtenir des crédits auprès des bureaux régionaux en vue de résoudre ces problèmes.

Comme l'a fait observer le délégué des Pays-Bas, les progrès réalisés dans le cadre des programmes nationaux CDD en 1987 permettront d'atteindre les objectifs fixés pour 1989. Il reste toutefois à combler le fossé entre l'accès aux solutions de réhydratation orale et l'utilisation de cette forme de traitement. Plusieurs initiatives ont été prises pour résoudre le problème : on a notamment insisté sur la formation gestionnaire et technique, on a revu le matériel des cours à partir des expériences nationales faites jusqu'ici et l'on a prévu d'accroître l'appui "communication" aux activités. Dans l'optique de la réalisation des objectifs fixés pour 1989, les activités de formation et de communication sont les priorités des trois prochaines années pour les programmes mondiaux.

Le délégué du Botswana a fait part de sa préoccupation devant le budget 1988-1989 proposé pour la Région africaine. S'il y a eu diminution des crédits du budget ordinaire dans la Région

africaine, il s'agissait en réalité de mettre des fonds à la disposition des pays. Compte tenu du budget ordinaire et des ressources extrabudgétaires, les allocations de crédits pour la Région africaine sont en fait passées de US \$2,1 millions en 1986-1987 à US \$2,7 millions en 1988-1989.

Pour répondre au délégué de l'Indonésie, le Dr Merson indique qu'à la fin de 1986, 47 pays en développement produisaient des solutions de réhydratation orale. La production locale continue de représenter environ la moitié de la production mondiale, dont on estime qu'elle a atteint en 1986 l'équivalent de 270 millions de litres. Le FISE reste le principal fournisseur extérieur de sachets. En 1986, il y a eu nivellement de la production totale par rapport à 1982-1985, ce qui correspond sans doute à une meilleure adaptation de la production et de l'offre à la demande.

Le délégué du Mozambique a rappelé qu'il était important d'avoir, dans le cadre des programmes nationaux, une bonne politique concernant les solutions de réhydratation orale préparées à domicile qui soit fondée sur les connaissances, les attitudes et les pratiques locales. Une publication est récemment parue en vue d'aider les pays à choisir une solution en fonction des ingrédients disponibles sur place - il sera ainsi plus facile aux pays d'élaborer leurs politiques nationales.

Le PRESIDENT appelle l'attention des membres de la Commission sur le projet de résolution modifiant la résolution EB79.R8 qui a été proposé par les délégations des pays suivants : Bangladesh, Danemark, Mozambique, Pakistan, Pays-Bas, Suède, Suisse et Trinité-et-Tobago. En vertu des articles 67 et 68 du Règlement intérieur, ce texte sera examiné avant la résolution EB79.R8. Il convient de rappeler que, si le projet de résolution contenu dans la résolution EB79.R8 était approuvé, certains renseignements figurant dans le troisième alinéa du préambule et qui concernent les indicateurs quantitatifs, devraient être mis à jour compte tenu des données plus récentes qui figurent dans le document A40/4. Plusieurs amendements au projet de résolution révisé ont été proposés par ses auteurs et par le délégué du Royaume-Uni. Le projet de résolution est ainsi conçu :

La Quarantième Assemblée mondiale de la Santé,
Rappelant les résolutions WHA31.44 et WHA35.22;

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques,¹ qui comporte une référence précise aux indicateurs quantitatifs des progrès de la lutte contre les maladies diarrhéiques;

Notant avec satisfaction les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques grâce auxquels la mortalité par diarrhée diminue de plus en plus;

Consciente des acquisitions récentes des connaissances sur différents aspects du traitement de la diarrhée et des recherches en cours pour la mise au point d'approches et d'instruments nouveaux de lutte, y compris de méthodes simplifiées de prévention;

Préoccupée cependant par le lourd tribut que continuent de prélever les maladies diarrhéiques, en particulier chez les enfants;

Consciente de ce que la diarrhée persistante et la diarrhée non aqueuse restent des causes majeures de mortalité infantile;

Confirmant que des programmes efficaces de lutte contre les maladies diarrhéiques, prévoyant notamment des approvisionnements en eau saine, constituent le meilleur moyen de déceler et de combattre les épidémies de choléra;

1. REAFFIRME que :

1) la lutte contre les maladies diarrhéiques comporte à la fois la prévention et la prise en charge appropriée des cas;

2) pour prévenir les maladies diarrhéiques, il importe aussi d'améliorer la nutrition, notamment de combattre les carences nutritionnelles, ainsi que de promouvoir l'allaitement au sein, la mise en place, l'accessibilité et l'utilisation d'approvisionnements en eau saine, l'hygiène individuelle, qui signifie en particulier que l'on se lave les mains avec du savon, l'assainissement et la vaccination contre la rougeole;

3) le traitement correct de la diarrhée comporte en particulier l'administration de liquide de réhydratation par voie orale et une alimentation appropriée pendant et après l'épisode de diarrhée;

¹ Document A40/4.

- 4) la lutte contre les maladies diarrhéiques doit faire partie intégrante des soins de santé primaires.
2. SOULIGNE le rôle que peuvent jouer les mères et la communauté dans la prévention et le traitement correct de la diarrhée et la nécessité, pour les mères et les personnes qui s'occupent des enfants, de recevoir des instructions adéquates sur la préparation et l'utilisation du liquide de réhydratation par voie orale et une alimentation appropriée, ainsi que d'apprendre à reconnaître les cas exigeant un transfert à l'échelon supérieur;
3. DEMANDE INSTAMMENT aux Etats Membres :
- 1) d'intensifier leurs activités de lutte contre les maladies diarrhéiques dans le cadre des soins de santé primaires en tant que priorité pour instaurer la santé pour tous en l'an 2000, en accordant une attention particulière aux activités susceptibles d'avoir un effet immédiat sur la mortalité dans l'enfance, tout en procédant à des interventions sectorielles et intersectorielles pouvant réduire la morbidité par diarrhée;
 - 2) de reconnaître que, pour être efficace, un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques doit comprendre une planification rigoureuse, la formation appropriée de personnels de santé, des activités efficaces de communication et d'éducation pour la santé, la promotion de l'assainissement et de la nutrition, la production et la distribution adéquates et le marketing social des préparations de réhydratation par voie orale, ainsi que des activités appropriées d'encadrement, de surveillance et d'évaluation;
4. EXPRIME sa reconnaissance au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, au Programme des Nations Unies pour le Développement, à la Banque mondiale et aux autres institutions internationales, bilatérales et non gouvernementales pour leur collaboration suivie et leur soutien au programme OMS de lutte contre les maladies diarrhéiques et aux programmes nationaux;
5. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres et les institutions concernées à maintenir leur appui aux programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques mis en oeuvre dans les pays en développement par une coopération financière et technique et, en particulier, par la coopération technique entre pays en développement;
6. SOULIGNE la nécessité d'un appui financier suffisant et permanent pour permettre au programme de lutte contre les maladies diarrhéiques de mener à bien les activités prévues et d'atteindre ses objectifs;
7. PRIE le Directeur général :
- 1) de développer la collaboration avec les Etats Membres pour renforcer les programmes nationaux de lutte afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des cas, les objectifs mondiaux étant respectivement fixés à 80 % pour l'accès aux sels de réhydratation par voie orale et à 50 % pour le recours à la thérapie par réhydratation orale d'ici 1989;
 - 2) de continuer à soutenir la recherche biomédicale et socio-culturelle et la recherche sur les services de santé applicables à la lutte contre les maladies diarrhéiques afin de mettre au point et d'appliquer des méthodes simples et efficaces de prévention, de diagnostic et de traitement, compte dûment tenu de la diarrhée persistante et non aqueuse;
 - 3) de continuer à collaborer avec les instituts de recherche compétents;
 - 4) de poursuivre une collaboration étroite et efficace avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Programme des Nations Unies pour le Développement, la Banque mondiale et des institutions bilatérales et autres dans l'exécution des activités du programme;
 - 5) de s'efforcer d'obtenir les ressources extrabudgétaires nécessaires pour répondre aux besoins du programme;
 - 6) de tenir les Etats Membres, le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé au courant des progrès réalisés dans l'exécution du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Le Dr RAY (Secrétaire) précise que les amendements proposés par les auteurs du projet de résolution sont les suivants : au sixième alinéa du préambule et au paragraphe 7.2 du dispositif, remplacer les mots "diarrhée non aqueuse" par "dysenterie"; au paragraphe 1.2 du dispositif, supprimer les mots "la mise en place" et "en particulier"; au paragraphe 3.1 du dispositif, uniquement dans le texte français, remplacer les mots "que priorité" par "qu'une des priorités".

L'amendement proposé par le délégué du Royaume-Uni consiste à insérer, au paragraphe 1.2 du dispositif, les mots "de meilleures pratiques de sevrage" après "l'allaitement au sein".

Le projet de résolution, ainsi modifié, est approuvé par 66 voix sans opposition avec une abstention.

Le PRESIDENT souligne que la résolution qui vient d'être approuvée remplacera la résolution EB79.R8 du Conseil exécutif; la Commission n'a donc pas à se prononcer sur cette dernière résolution.

Infections aiguës des voies respiratoires (programme 13.7), Tuberculose (programme 13.8), Lèpre (programme 13.9), Zoonoses (programme 13.10), Maladies sexuellement transmissibles (programme 13.11), Surveillance de l'éradication de la variole (programme 13.12), Autres maladies transmissibles (programme 13.13)

Le Professeur FORGÁCS (représentant du Conseil exécutif) fait observer que, puisque d'après les connaissances actuelles la revaccination des enfants à l'âge de dix ou douze ans dans les pays en développement ne semble pas conférer une protection supplémentaire contre la tuberculose, le Conseil a recommandé que les pays continuent à concentrer leurs efforts sur la vaccination des nourrissons. Dans le cadre du programme 13.9 (Lèpre), le Conseil a insisté sur l'importance de la formation des agents de soins de santé, notamment à la périphérie, de façon à appliquer efficacement la polychimiothérapie recommandée par l'OMS dans le cadre des soins de santé primaires.

Le Professeur BORGONO^N (Chili) pense que nul n'ignore les efforts considérables qui ont été déployés pour qu'un traitement rapide et efficace des infections aiguës des voies respiratoires - dont l'importance dans la mortalité infantile est bien connue - soit assuré au niveau primaire. Pour ces raisons, le programme 13.7 mérite d'être approuvé sans réserve et il faudrait le développer autant que possible.

Pour prévenir les décès de nourrissons, il est particulièrement important de surveiller la résistance de *Haemophilus influenzae* et *Streptococcus pneumoniae* aux antibiotiques. Elle varie généralement d'un pays à l'autre, de sorte qu'il faut avoir des données mondiales et non pas seulement locales. Il devrait y avoir quelques laboratoires aux niveaux régional et sous-régional.

La délégation chilienne se félicite de l'accroissement des crédits alloués à la lutte antituberculeuse (programme 13.8) puisqu'il s'agit d'une maladie évitable et guérissable. Etant donné que les mesures de lutte peuvent être très efficaces et que la tuberculose reste l'une des cinq principales causes de décès dans certains pays, il faut absolument accorder à la lutte contre cette maladie l'attention qu'elle mérite.

M. CAO Yonglin (Chine), parlant du programme 13.9 (Lèpre), approuve l'analyse de la situation et les propositions de crédits budgétaires soumises par le Directeur général. La Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA32.39 sur l'intensification des activités de l'OMS en matière de lutte contre la lèpre; mais en dépit des vastes efforts déployés, la lèpre demeure un grave problème. Le nombre des lépreux est estimé à 10 millions, dont 25 % environ présentent une incapacité. Il existe maintenant des remèdes qui sont efficaces dans les premiers stades de la maladie, mais l'incidence ne diminue que très lentement.

La délégation de la Chine tient à remercier l'OMS de ses activités contre la lèpre, et notamment celles relatives à la chimiothérapie et à la recherche de nouveaux vaccins. Elle demande aux Etats Membres d'apporter un soutien plus conséquent au programme et d'approuver le projet de résolution que la délégation chinoise a soumis avec d'autres délégations et qui est ainsi libellé :

La Quarantième Assemblée mondiale de la Santé,
Rappelant la résolution WHA32.39 ainsi que d'autres résolutions antérieures de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif sur la lèpre;

Notant :

a) que plusieurs Etats Membres s'emploient de plus en plus activement à éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique, dans le cadre de leur stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

- b) les progrès notables réalisés ces dernières années en matière de traitement de la lèpre, notamment le recours à des médicaments nouveaux pour les traitements polymédicamenteux, devenus beaucoup plus efficaces;
- c) les avancées très prometteuses des recherches sur le diagnostic précoce, l'immunologie et les vaccins antilépreux qui permettront la mise en oeuvre de programmes efficaces de prévention;
- d) le rôle croissant que jouent les organisations non gouvernementales dans la lutte antilépreuse;
1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres où la lèpre est endémique :
- 1) à accorder la priorité et les ressources voulues à la lutte contre la lèpre au sein de leurs services de santé publique dans le cadre des soins de santé primaires;
 - 2) à renforcer l'éducation pour la santé par le biais des médias et de la participation communautaire afin de vaincre l'opprobre et les phobies traditionnellement liés à la maladie dans de nombreuses sociétés, et à instituer des garanties juridiques adéquates pour la protection des maladies guéris;
 - 3) à donner une meilleure formation sur la lèpre aux agents de santé de toutes les catégories et en particulier à ceux qui travaillent dans le domaine de la lèpre, afin de garantir le dépistage précoce et le diagnostic précis de la maladie ainsi que la mise en oeuvre de programmes de polychimiothérapie;
 - 4) à lancer des programmes actifs, comportant des travaux de recherche, pour la réadaptation des lépreux présentant des incapacités et des difformités;
 - 5) à instituer un système de distinctions, de prix et de récompenses sanctionnant les contributions remarquables à la lutte antilépreuse et à la recherche sur la maladie;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de continuer à guider utilement les Etats Membres sur les plans technique et scientifique et de soutenir leurs programmes de polychimiothérapie pour la lutte antilépreuse;
 - 2) d'intensifier les activités de lutte contre la lèpre menées par l'Organisation en mobilisant et en coordonnant des ressources scientifiques et matérielles supplémentaires pour la mise en oeuvre de programmes de polychimiothérapie, de réadaptation et de formation;
 - 3) de soutenir plus activement la mise au point d'instruments plus efficaces contre la lèpre par le biais de recherches pluridisciplinaires portant à la fois sur les sciences naturelles et les sciences sociales;
 - 4) d'intensifier les recherches sur de meilleurs médicaments et vaccins dans le cadre du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales;
 - 5) de continuer à promouvoir la coopération entre les organisations non gouvernementales, les Etats Membres et l'OMS pour combattre efficacement la lèpre et assurer le cas échéant des services de réadaptation;
 - 6) de tenir le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé informés des progrès accomplis.

Le Dr Helmy assure la présidence.

Le Dr MONIZ (Cap-Vert) rappelle que la lèpre et la tuberculose sont des problèmes de santé publique dans beaucoup de pays en développement. Actuellement, le nombre total des cas enregistrés dans son pays est de 918. Un programme vertical n'a pas donné de bons résultats et c'est pourquoi l'action contre la lèpre est maintenant intégrée aux activités de soins de santé primaires. Des agents de santé vont voir les malades à domicile pour la distribution des médicaments et l'éducation sanitaire. Des examens de dépistage de masse ont permis de détecter la maladie très précocement et de limiter ainsi le pourcentage des incapacités. Un programme de lutte antituberculeuse intégrée aux activités de soins de santé primaires sera mis en oeuvre également dans le courant de l'année.

La délégation du Cap-Vert souhaite compter parmi les coauteurs du projet de résolution sur la lèpre.

Le Professeur MÜLLER (Pays-Bas) estime que l'analyse présentée dans le projet de budget programme pour les infections aiguës des voies respiratoires (programme 13.7) donne un tableau équilibré de la situation et des stratégies dont on dispose pour réduire la mortalité. Des

stratégies bien définies à l'égard de ces maladies peuvent sans aucun doute être très précieuses pour tout programme de soins de santé primaires, mais l'analyse n'apporte que peu d'indication d'une efficacité prouvée de ces stratégies pour réduire la mortalité.

Le budget programme donne aussi une évaluation réaliste du problème de la tuberculose (programme 13.8). Réduire de 2 % par an la morbidité chez les jeunes et le risque de cas nouveaux est un objectif difficile à réaliser lorsque le système de notification est déficient, et les enquêtes par épreuve tuberculinique n'apportent d'informations que sur le long terme. Il est surprenant de voir qu'aucune mention n'est faite des conséquences de l'épidémie de SIDA d'Afrique centrale et d'Afrique orientale sur le nombre et la nature des cas de tuberculose.

Pour la lèpre (programme 13.9), il est difficile d'apprécier la signification du chiffre estimatif de 10 millions de cas qui est donné dans le projet de budget programme. Ce chiffre comprend-il les patients qui ont achevé une chimiothérapie et ceux qui ont besoin de soins médicaux en raison d'une incapacité permanente ? Le nombre des cas nouvellement enregistrés serait un indicateur plus significatif. L'OMS devrait aider à standardiser les définitions de cas aux fins de statistiques, notamment celles qu'elle utilise dans ses propres rapports. Il convient de pousser la recherche opérationnelle sur le système actuel de classification des incapacités. Il est essentiel, pour combattre la résistance à la rifampicine, de se conformer à la polychimiothérapie recommandée par l'OMS. Pourtant, ce genre de schéma thérapeutique n'est pas aisément applicable dans le cadre des soins de santé primaires et il est particulièrement difficile de veiller à la prise simultanée des trois éléments de la chimiothérapie. La délégation des Pays-Bas attend avec intérêt le résultat des études proposées sur les moyens d'intégrer les activités antilépreuses et antituberculeuses. Il est préoccupant de voir la diminution qui est proposée pour les crédits budgétaires de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est et il n'est pas véritablement rassurant d'entendre que ces diminutions n'entraîneront pas nécessairement une réduction des activités. La délégation des Pays-Bas est favorable au projet de résolution relatif à la lèpre.

S'agissant des zoonoses (programme 13.10), le Professeur Müller rappelle que les animaux sauvages, les animaux d'élevage et les animaux de compagnie demeurent pour l'homme une source fréquente de contamination. L'industrialisation de l'élevage rend indispensable la mise au point de techniques diagnostiques simples et rapides et le transfert des connaissances aux pays en développement. Les nouvelles techniques pourraient tenir une place importante dans les activités de surveillance. La délégation des Pays-Bas est préoccupée de la diminution de plus de US \$200 000 dans les crédits concernant les activités mondiales et interrégionales pour 1988-1989 que propose le Directeur général dans son plan d'urgence tel qu'il figure à l'annexe 1, appendice 3 du rapport du Conseil exécutif. Cette réduction paraît excessive en comparaison de celles affectant les programmes de lutte contre les autres maladies. Les zoonoses ont un effet direct et indirect important sur la santé des gens et méritent plus d'attention que l'on ne leur en a accordé jusqu'à présent.

Le Dr VISHWAKARMA (Inde), parlant des infections aiguës des voies respiratoires (programme 13.7), souligne que ces infections sont une cause majeure de décès évitables dans son pays. Les chiffres dont on dispose indiquent qu'elles sont à l'origine de plus de 15 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans et de plus de 20 % des décès dans tous les groupes d'âge de la population infantine - soit une proportion supérieure à celle des maladies diarrhéiques. On peut présumer que le taux de mortalité est du même ordre dans les autres pays d'Asie. Les infections des voies respiratoires inférieures, et notamment la pneumonie, sont particulièrement dangereuses pour les jeunes enfants. Diverses stratégies pour prévenir et traiter les infections aiguës des voies respiratoires ont été élaborées qui reposent essentiellement sur l'éducation sanitaire et le traitement des cas, notamment par les antibiotiques. La vaccination contre la rougeole, la diphtérie, la coqueluche et la tuberculose infantile, déjà pratiquée au titre du programme élargi de vaccination, s'est aussi révélée efficace.

Pour la tuberculose (programme 13.8), l'application du nouveau système de dépistage dans son pays a atteint à 90 % ses objectifs; mais l'examen des crachats dans les centres de soins de santé primaires laisse encore beaucoup à désirer. Dans certaines régions, il n'existe pas encore de centre antituberculeux et les personnels ne mettent pas toujours à profit les possibilités de formation que leur offre le gouvernement. La résistance à l'égard des médicaments antituberculeux est une source de grave préoccupation et elle affecte la mise en oeuvre du programme dans les pays en développement.

En matière de lutte antilépreuse, les données restent satisfaisantes dans son pays en ce qui concerne le dépistage, le traitement et le renvoi des malades à la vie normale. La polychimiothérapie a récemment été intégrée aux soins de santé primaires et on espère que les cycles

de formation des personnels des soins de santé primaires pourront être achevés dans cinq Etats indiens au cours de cette année. L'expérience des zones d'endémie à cet égard est très encourageante. Le programme indien de lutte contre la lèpre fait l'objet d'une évaluation indépendante au début de 1986, et un autre projet d'évaluation doit commencer prochainement.

Le programme indien de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles a commencé en 1956; il prévoit à l'échelon régional la mise en place de centres de formation et de laboratoires de référence, une enquête et la création d'unités mobiles de traitement. Ce programme de lutte est financé entièrement par le Gouvernement central et prévoit la formation de personnel médical et paramédical ainsi qu'une évaluation interlaboratoires des épreuves de diagnostic.

Le Dr SHIMAO (Japon) fait observer que les infections aiguës des voies respiratoires sévissent tant chez les enfants des pays avancés que chez ceux des pays en développement. Le taux de mortalité est beaucoup plus élevé, toutefois, dans les pays en développement en raison de la malnutrition et de l'insuffisance des services de santé, notamment dans les zones rurales. Des directives pour la lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires sont en préparation au Bureau régional du Pacifique occidental, auxquelles son pays donne son plein appui; on espère ainsi instaurer une nouvelle politique qui devrait conduire à une amélioration de la situation dans les pays en développement. Le Dr Shimao apprécie les initiatives de l'OMS en matière de lutte contre la tuberculose (programme 13.8) et de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires (programme 13.7); le Japon est déterminé à poursuivre sa coopération avec l'OMS dans ce domaine.

Les rapports présentés à la Trente-Sixième Conférence mondiale de l'Union internationale contre la Tuberculose, qui s'est tenue à Singapour en novembre 1986, ont montré qu'il existait, du point de vue épidémiologique, trois groupes de pays : le premier groupe est celui des pays techniquement avancés, où la tuberculose est un problème mineur et en régression même si elle reste un problème social dans des groupes tels que réfugiés, immigrants et sidatiques; le second groupe est celui des pays nouvellement industrialisés comme Singapour et la Corée, où le nombre de cas est en régression nette et rapide, même si la prévalence et l'incidence y restent plus élevées que dans le premier groupe; et le troisième groupe est constitué de la plupart des autres pays en développement, où la prévalence de la tuberculose reste élevée et où la régression est nulle ou faible avec 90 % de cas nouveaux contagieux et beaucoup de décès évitables. Dans les pays de ce troisième groupe, la maladie est souvent contractée dans l'enfance ou dans les premières années de l'âge adulte de sorte que, du fait de la réactivation endogène, qui peut intervenir des années ou des dizaines d'années après la primo-infection, la tuberculose demeurera un grave problème pour ces pays dans les décennies à venir. Il convient donc de maintenir les moyens de recherche et de formation et il faut au moins un centre de recherche et de formation. Ces moyens sont en voie de disparition dans les pays du premier groupe, et ils demeurent insuffisants dans les pays en développement. Le Japon est parvenu à contenir la tuberculose sur les 35 dernières années, mais il maintient les moyens de recherche et de formation parce qu'il est conscient de la responsabilité de tous dans la lutte mondiale contre la tuberculose; c'est pourquoi le Gouvernement japonais continue à parrainer conjointement avec l'OMS des cours internationaux de formation à la lutte antituberculeuse et apporte sa collaboration à plusieurs pays, au titre de l'aide technique bilatérale, pour des programmes antituberculeux nationaux. Aussi est-il regrettable que la part de l'OMS dans le parrainage du cours organisé au Japon, qui est maintenant ouvert aux pays n'appartenant pas à la Région du Pacifique occidental, ait été réduite dans le projet de budget programme 1988-1989.

Il y a matière à réflexion dans le fait que la préoccupation à l'égard de la tuberculose, tant dans le grand public que chez les professionnels de la santé, régresse plus rapidement que le problème lui-même. La seule façon de maîtriser la maladie est d'intégrer les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose aux systèmes de soins de santé primaires. Mais s'il est facile de parler de l'intégration, il est plus difficile de la réaliser. La tuberculose pourrait servir de modèle d'intégration d'un programme de lutte contre une maladie déterminée au système des soins de santé primaires.

Le Gouvernement japonais serait heureux de développer la coopération bilatérale et multilatérale et de contribuer ainsi à l'intensification de la lutte mondiale contre la tuberculose. Il donne une place prioritaire à la coopération technique bilatérale et multilatérale dans la lutte contre les maladies infectieuses, notamment la lutte contre la tuberculose, la lutte contre les infections respiratoires aiguës et le programme élargi de vaccination.

La délégation du Japon souhaite figurer au nombre des coauteurs du projet de résolution sur la lèpre.

Le Dr CORNAZ (Suisse), se référant au programme 13.7 (Infections aiguës des voies respiratoires), partage le point de vue du délégué de l'Inde quant à l'importance relative, pour la mortalité infantile, de ces infections en comparaison des maladies diarrhéiques. Beaucoup d'infections respiratoires aiguës ne résisteraient pas à un traitement par les antibiotiques courants, qui pourraient être utilisés dans le cadre des soins de santé primaires par des agents de santé convenablement formés. Une méthodologie intéressante pour le diagnostic et le traitement de ces infections a été mise au point dans le cadre du programme OMS. Très souvent, les infections sont mal traitées ou négligées dans les centres de soins de santé primaires et les activités d'information et de formation sont donc particulièrement importantes. Il convient d'intégrer la lutte contre ces maladies aux soins de santé primaires afin d'éviter la mise en place de programmes verticaux.

La délégation de la Suisse appuie le programme 13 dans son ensemble.

Le Dr GHOGOMU (Cameroun) a examiné avec un intérêt tout particulier les programmes 13.8 (Tuberculose) et 13.9 (Lèpre) et a été impressionné par les progrès réalisés à l'échelon mondial dans la lutte contre ces deux maladies incapacitantes. Avec l'urbanisation croissante des pays en développement, la transformation des modes de vie et la désagrégation de la famille élargie traditionnelle, les progrès déjà réalisés dans la lutte contre ces deux maladies pourraient bien être compromis par le taux élevé de non-participation aux campagnes de masse combiné au taux élevé d'abandon en cours de traitement, qui favorise la pharmacorésistance. En outre, on constate une augmentation du phénomène des "patients vagabonds", qui passent d'un pays à l'autre. Il faudrait un travail de recherche plus intensif pour mettre au point des techniques de diagnostic et des moyens thérapeutiques moins coûteux afin que l'action appropriée puisse être organisée dans le cadre des soins de santé primaires. Il faudrait faire davantage pour améliorer et abréger les traitements et l'OMS devrait insister auprès des Etats Membres sur la nécessité de veiller à ce que les malades soient soignés et non pas abandonnés à leurs propres moyens.

On a des preuves de l'aggravation de certaines maladies infectieuses par le SIDA. Les pays d'endémicité doivent contribuer à promouvoir la pratique systématique d'épreuves de séro-prévalence du SIDA chez les tuberculeux et les lépreux.

La délégation du Cameroun est favorable au projet de résolution sur la lèpre.

Le Dr WALLACE (Etats-Unis d'Amérique) indique que la délégation des Etats-Unis est heureuse, en ces temps de difficultés, d'apporter son soutien au projet de résolution sur la lèpre. Il est encourageant de voir que l'OMS ne se contente pas du statu quo et n'est pas non plus si obnubilée par les problèmes mondiaux récents qu'elle en néglige la lèpre, subie depuis trop longtemps et trop mal comprise. La délégation américaine est favorable à l'action proposée dans le projet de résolution pour intensifier la formation et inciter les jeunes professionnels de la santé de tous niveaux à s'orienter vers une carrière susceptible de contribuer à l'étude de cette maladie, aux moyens de la combattre et à son élimination ultérieure.

Le Dr MONEKOSSO (Directeur régional pour l'Afrique), revenant aux points qui ont été soulevés à propos des crédits budgétaires prévus pour différents programmes, et notamment pour la lèpre, explique que le chiffre est inférieur à celui des budgets antérieurs parce que, dans l'actuel système de planification, les Etats Membres décident eux-mêmes des zones de programme auxquelles les fonds sont affectés. L'augmentation ou la diminution d'un chiffre est donc significative dans une certaine mesure de l'intérêt que les Etats Membres portent à tel ou tel programme. Mais, parallèlement, ces augmentations ou diminutions sont le reflet de l'aide que les Etats Membres reçoivent éventuellement d'autres sources. Dans le cas de la lèpre, des fonds extrabudgétaires très importants, bien qu'insuffisants, sont prévus et les Etats Membres semblent donc préférer utiliser les fonds de l'OMS pour d'autres programmes. Les fonds provenant de la Japan Shipbuilding Industry (Sasakawa Health Trust Fund) sont très largement utilisés pour les programmes antilépreux dans la Région africaine par exemple. On note une tendance parmi les Etats Membres à consacrer les ressources provenant de l'OMS au développement des infrastructures, qui est moins susceptible de bénéficier d'appui d'autres sources.

Le Dr PIO (Tuberculose et infections respiratoires) remercie les délégués pour les observations et les critiques qu'ils ont formulées au sujet de la tuberculose et des infections aiguës des voies respiratoires. En réponse à la question posée par le délégué des Pays-Bas au sujet de l'efficacité de la stratégie de la conduite thérapeutique et de l'éducation pour la santé envisagée par l'OMS pour abaisser la mortalité par infections respiratoires chez les

enfants, il indique que les résultats de cinq études d'interventions sont à présent disponibles. Il s'agit de deux comparaisons entre la situation "avant" et "après" l'intervention menée au Népal et en Inde, et de trois études comparatives menées simultanément en Inde, au Pakistan et en République-Unie de Tanzanie. La fourchette des taux d'efficacité obtenus en comparant la région témoin avec la zone d'intervention va de 20 % à 60 %. L'étude la plus récente a été publiée dans le premier numéro de 1987 du Bulletin OMS.

En ce qui concerne la tuberculose, le représentant des Pays-Bas a posé une question au sujet de la détermination de la morbidité chez les jeunes et du risque d'infection. Ces deux indicateurs sont parallèles et suivent la même tendance. Les pays où la notification est insuffisante peuvent déterminer le risque d'infection par des enquêtes fondées sur l'épreuve à la tuberculine. Les techniques statistiques permettent de surmonter les difficultés d'interprétation des résultats de ce type d'enquête liées à la vaccination par le BCG.

Une autre question se rapportait à l'absence de mention du SIDA et de la tuberculose en Afrique. La raison en est qu'au moment de la préparation des analyses destinées au projet de budget programme, ces renseignements n'étaient pas disponibles. Toutefois, la situation a évolué depuis lors; un article a été publié dans le Journal of The American Health Association au sujet de la tuberculose et du SIDA dans un hôpital zaïrois, où 30 % des tuberculeux sont séropositifs. Des discussions sont en cours entre l'OMS et l'Union internationale contre la Tuberculose au sujet de la surveillance dans les pays d'Afrique des liens entre ces deux maladies. La chimiothérapie actuelle se révèle très efficace dans le traitement des malades atteints du SIDA et souffrant de tuberculose, mais on ne connaît pas encore la durée nécessaire pour éviter une réactivation.

Répondant à la question du délégué du Japon au sujet de la réduction de l'allocation budgétaire à la Région du Pacifique occidental pour le stage international sur la lutte anti-tuberculeuse, à Tokyo, le Dr Pio fait observer que cette réduction ne traduit pas un manque d'intérêt et qu'elle est compensée par une augmentation des crédits réservés aux pays. Le Bureau régional pour le Pacifique occidental a déjà pris les dispositions nécessaires pour compléter les montants inscrits au budget pour le stage mentionné par des fonds extrabudgétaires attendus pour l'exercice en cours.

Le Dr NOORDEEN (Lèpre) remercie les délégués pour leur soutien énergique et leurs observations constructives concernant le programme de lutte contre la lèpre. En réponse aux questions posées, il explique que l'augmentation du nombre des cas signalée depuis quelques années résulte, dans une large mesure, de l'amélioration du dépistage dans plusieurs pays. Le chiffre estimatif de 10 à 12 millions de cas mentionné dans le projet de budget programme concerne les cas évolutifs. Les taux de prévalence des cas de ce type ont tendu, au fil des ans, à stagner dans la plupart des pays; les variations enregistrées sont mineures. Le Dr Noordeen pense, comme le délégué des Pays-Bas, qu'il y a lieu d'améliorer la normalisation de la définition des cas ainsi que les méthodes de mesure des résultats des activités de prévention des incapacités dues à la lèpre. A sa prochaine réunion, le Comité d'experts de la lèpre traitera sans doute de ces questions.

L'expérience acquise dans plusieurs pays montre qu'une polychimiothérapie menée dans le cadre de programmes intégrés relevant des systèmes de soins de santé primaires est tout à fait possible, à condition que le service de santé concerné soit bien organisé et que son personnel ait reçu une formation adéquate. L'expérience montre, par ailleurs, que le taux d'observance est bien meilleur pour la polychimiothérapie que pour la monothérapie par la dapsoné appliquée précédemment. L'état actuel de la technologie ne justifie pas l'emploi du terme "éradication" pour la lèpre, bien que quelques pays l'aient utilisé de manière restrictive. Bien que limitée dans le temps et dans l'espace, l'expérience acquise au cours des quatre ou cinq dernières années a toutefois montré qu'il est possible d'abaisser très sensiblement le nombre total des cas par une application efficace de la polychimiothérapie dans le cadre des programmes de lutte.

Le Dr BOGEL (Santé publique vétérinaire), répondant au délégué des Pays-Bas, explique que l'intensification de l'urbanisation et de l'industrialisation agricole se traduit, particulièrement dans les pays en développement, par l'apparition de problèmes de zoonoses d'une dimension inconnue jusqu'ici. En ce qui concerne les moyens diagnostiques, de nouveaux nécessaires d'épreuve, d'un maniement simple et rapide, sont en voie de préparation pour plusieurs zoonoses. Un antigène hautement spécifique pour le sérodiagnostic de Echinococcus multilocularis, obtenu par génie génétique, est déjà en usage. Une nouvelle épreuve colorimétrique simple pour le diagnostic de la rage, qui permet de se passer de microscope, et des épreuves similaires pour

la brucellose sont aussi en préparation. Malheureusement, les vétérinaires des pays en développement ne sont pas encore suffisamment préparés aux tâches nouvelles, particulièrement en ce qui concerne la médecine préventive moderne, y compris la participation communautaire à la gestion des programmes et la coopération intersectorielle. Il faut donc mettre l'accent sur la formation, initiale et continue, des vétérinaires et sur le transfert des technologies concernant la production et les produits animaux.

Les diminutions budgétaires conjoncturelles auxquelles on procède actuellement sont pénibles, mais on peut espérer qu'elles revêtent un caractère provisoire. En attendant, l'OMS n'épargne aucun effort pour poursuivre ses activités en s'appuyant sur un réseau qui comprend deux centres de lutte contre les zoonoses et plus de 15 centres collaborateurs, dont certains bénéficient d'une aide nationale substantielle. Le soutien du secteur agricole suscite beaucoup d'enthousiasme, et l'homologue de l'OMS dans ce secteur, la FAO, est en train d'accroître de manière substantielle son apport aux biotechnologies nouvelles et particulièrement au développement de moyens et d'activités diagnostiques destinés à renforcer le développement rural dans le domaine de la production laitière, de l'hygiène des produits carnés et des pêcheries.

L'Assemblée de la Santé elle-même a ouvert la voie, en 1986, à l'amélioration de la coopération intersectorielle et à la mobilisation de ressources des organisations non gouvernementales. Les résultats apparaissent dans le domaine de la santé publique vétérinaire, où des programmes sont épaulés en collaboration avec l'Association mondiale vétérinaire dans le domaine de la formation, la Société internationale pour la Protection des Animaux en ce qui concerne les aspects écologiques, et avec d'autres organismes non gouvernementaux.

Le PRESIDENT invite les délégués à examiner le projet de résolution sur la lèpre présenté par le délégué de la Chine.

Le projet de résolution est approuvé.

Cécité (programme 13.14), Cancer (y compris le Centre international de Recherche sur le Cancer) (programme 13.15), Maladies cardio-vasculaires (programme 13.16), Autres maladies non transmissibles (programme 13.17)

Le PRESIDENT note que la Commission est saisie, en sus des pages pertinentes du projet de budget programme et du rapport du Conseil exécutif, de deux projets de résolutions présentant une certaine ressemblance. L'un, intitulé "7 avril 1988 : Une journée sans tabac dans le monde" est rédigé comme suit :

La Quarantième Assemblée mondiale de la Santé,

Considérant que le but de l'Organisation mondiale de la Santé, énoncé à l'article 1 de la Constitution, est "d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible";

Rappelant la résolution WHA39.14 sur le sujet "tabac ou santé";

Exprimant sa satisfaction des mesures de plus en plus nombreuses prises par les Etats Membres pour réduire l'usage du tabac;

Notant avec satisfaction que le Directeur général a décidé de proscrire l'usage du tabac dans l'enceinte de l'OMS;

Notant que le 7 avril 1988, l'Organisation mondiale de la Santé célébrera son quarantième anniversaire;

1. DEMANDE à tous les Etats Membres, dans le cadre de leur action soutenue contre la pandémie de tabagisme, de mettre en oeuvre tous les moyens appropriés, y compris, le cas échéant, des mesures législatives et réglementaires;

1) pour célébrer le 7 avril 1988 comme une journée sans tabac dans le monde;

2) pour encourager leurs populations, par tous les moyens appropriés, à renoncer à fumer et à toute autre forme de tabagisme ce jour-là;

3) pour lancer et renforcer à cette occasion, de concert avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, des campagnes antitabac et diverses actions de promotion de la santé;

4) pour inciter les vendeurs à s'abstenir volontairement de vendre toutes les formes de tabac ce jour-là; et

5) pour tenir le Directeur général au courant des mesures prises en application de cette résolution;

2. INVITE la presse mondiale et les autres médias à envisager de renoncer à toute publicité en faveur du tabac et des produits de tabac lors de la journée mondiale sans tabac;

3. PRIE le Directeur général de faire rapport à une Assemblée mondiale de la Santé ultérieure sur les mesures prises à ce sujet.

L'autre projet de résolution, intitulé "Quarantième anniversaire de l'OMS", est libellé comme suit :

La Quarantième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant qu'en 1988, quarante années se seront écoulées depuis la création de l'Organisation mondiale de la Santé, et fière à juste titre des résultats obtenus jusqu'ici, sous la direction et la conduite de l'OMS, dans de nombreux domaines du développement sanitaire, comme l'illustre de la façon la plus éclatante l'éradication définitive de la variole en 1977;

Profondément consciente, cependant, de l'immensité des tâches que devront encore accomplir les pays pour atteindre l'objectif de la santé pour tous par la mise en oeuvre de stratégies nationales, compte tenu en particulier du développement des soins de santé primaires conformément à la Déclaration d'Alma-Ata de 1978;

Considérant que ces tâches seront sensiblement facilitées par une coopération complète, technique, morale et politique, dans le cadre de l'OMS;

1. INVITE les Etats Membres à redoubler d'efforts en 1988 et pendant les années à venir pour atteindre l'objectif mondial de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et, en particulier :

1) à mobiliser à cette fin toutes les ressources humaines, matérielles et financières possibles;

2) à mettre en mouvement les forces sociales susceptibles d'accélérer le processus de développement sanitaire par l'approche des soins de santé primaires afin que puissent être atteints les objectifs sanitaires et sociaux fixés pour la fin du siècle et adoptés à l'unanimité des Etats Membres;

3) à encourager une collaboration accrue entre les autorités sanitaires, d'autres secteurs liés à la santé, l'OMS et toutes les organisations non gouvernementales et volontaires intéressées dont l'action a trait à la santé, dans un véritable esprit de solidarité en faveur du développement sanitaire;

4) à obtenir des médias qu'ils accordent le maximum d'intérêt et de publicité aux programmes de santé et aux activités connexes, l'accent étant mis sur la mise en place de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires pour l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000;

5) à tirer le meilleur parti possible du quarantième anniversaire de l'OMS afin d'éveiller l'intérêt de tous - de l'homme de la rue au plus haut responsable politique - pour les réalisations passées ainsi que les aspirations présentes et futures de l'Organisation mondiale de la Santé par des manifestations appropriées, des célébrations et la diffusion d'informations;

6) à rendre compte des mesures prises ou prévues au Directeur général suffisamment tôt pour qu'il puisse soumettre un rapport d'ensemble à la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé;

2. INVITE les comités régionaux à soutenir activement les mesures prises par les pays tout au long de l'année pour marquer le quarantième anniversaire de l'OMS et à célébrer solennellement cet anniversaire lors de leurs réunions;

3. INVITE le Conseil exécutif à participer activement à la préparation et à l'exécution des activités de l'OMS pour son anniversaire et à suggérer des moyens appropriés de célébrer l'événement lors de la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, comme une manifestation de solidarité en faveur de l'action de santé;

4. PRIE le Directeur général :

1) de faire du quarantième anniversaire l'occasion d'informer et de mobiliser toutes les parties concernées à l'échelle mondiale et de montrer au monde que le développement sanitaire est possible par une collaboration internationale dans un climat de bonne volonté, de consensus et de respect mutuel;

2) de transmettre la présente résolution au Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies afin d'obtenir le soutien de ce dernier pour la commémoration du quarantième anniversaire de l'OMS, conformément à la résolution 36/43 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la stratégie mondiale de la santé pour tous en l'an 2000;

3) de faire rapport à la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé sur les mesures prises ou prévues par les Etats Membres et l'Organisation dans son ensemble;

5. DEMANDE à l'Organisation des Nations Unies, à ses institutions spécialisées, aux organismes d'aide bilatérale et aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales concernées de marquer le quarantième anniversaire de l'Organisation et, à cette occasion, d'envisager des mesures pour resserrer encore leurs liens avec celle-ci afin d'assurer une collaboration plus étroite et des actions concrètes en faveur de la santé dans tous les secteurs du développement;
6. DECIDE que tous les délégués à la présente Assemblée contribueront à engager d'urgence dans leurs pays des mesures énergiques pour faire en sorte que l'anniversaire de l'OMS favorise efficacement la santé des peuples du monde entier.

Le Professeur FORGÁCS (représentant du Conseil exécutif) dit que tant l'incidence que la prévalence des maladies non transmissibles restent élevées dans les pays développés et s'accroissent dans les pays en développement. Convaincu que la prévention et la maîtrise de nombreuses maladies non transmissibles sont tout à fait réalisables, le Conseil a noté avec satisfaction l'élan conféré par l'OMS à l'élaboration d'un programme intégré de santé communautaire dans le domaine des maladies non transmissibles. Il a pleinement approuvé le rôle conféré dans les programmes 13.15 (Cancer) (y compris le Centre international de Recherche sur le Cancer) et 13.16 (Maladies cardio-vasculaires) à la prévention et au diagnostic précoce, ainsi qu'à l'action intersectorielle. Par ailleurs, il a mis l'accent sur l'importance de l'action axée sur la communauté et du rôle du mode de vie dans la prévention et la lutte contre les maladies considérées. Le Conseil a approuvé sans réserves l'importance accrue accordée au titre du programme 13.17 (Autres maladies non transmissibles), au tabac et à la santé. Bien qu'un programme distinct "Tabac ou santé" soit prévu dans le huitième programme général de travail, le Conseil a recommandé qu'il soit procédé dès que possible à une modification fonctionnelle. L'OMS a toujours un rôle important à jouer dans l'encouragement et le soutien à l'action intersectorielle au niveau national pour la lutte contre l'usage du tabac. Les mesures que prennent actuellement le Directeur général et les Directeurs régionaux, en consultation avec leurs associations du personnel, pour interdire l'usage du tabac dans les bureaux de l'OMS ont aussi été chaleureusement accueillies par le Conseil.

Le Dr MOHITH (Maurice) dit que, dans presque tous les pays, il existe des preuves de plus en plus évidentes de la gravité croissante du problème de santé publique posé par les maladies non transmissibles. L'incidence et la prévalence de ces maladies dans les pays en développement confirment cette tendance. Une enquête récemment menée à Maurice a fait ressortir, pour une population d'un million d'âmes, un chiffre estimatif de 50 000 cas de diabète sucré, de plus de 100 000 cas d'hypercholestérolémie et d'au moins 30 000 cas d'hypertension. Cette première analyse de la situation réelle effectuée dans le pays a été le fait d'une équipe internationale (dont les membres venaient d'Australie, de Finlande et du Royaume-Uni) agissant en collaboration avec l'OMS et le Ministère mauricien de la Santé. Elle a servi de base à l'élaboration de stratégies et de programmes d'intervention nationaux pour la prévention et la lutte contre ces maladies. De toute évidence, les services hospitaliers de type classique ne peuvent faire face de manière appropriée aux problèmes existants; la plupart des activités nécessaires sont du domaine de l'éducation, de l'information et des incitations à des habitudes alimentaires et à des modes de vie sains.

La délégation mauricienne appuie les activités mondiales de l'OMS tendant à donner effet à la résolution WHA38.30 sur la prévention des maladies chroniques non transmissibles et la lutte contre ces maladies, et souligne l'importance de la mise au point de programmes de santé intégrés grâce à une série de projets nationaux de démonstration.

Le séminaire international pour l'enseignement de l'épidémiologie ainsi que de la planification et de la conception de programmes intégrés de santé communautaire dans le domaine des maladies non transmissibles, organisé par l'OMS, offre une occasion de former les gestionnaires nationaux à la mise en route d'activités nationales. La réunion de directeurs de programmes nationaux qui doit avoir lieu à Stanford (Etats-Unis d'Amérique) en juillet 1987, contribuera davantage encore à renforcer la collaboration internationale dans ce domaine.

En raison des dimensions mondiales du problème, toutes les activités devraient être poursuivies et coordonnées à l'échelon international. Toutefois, l'efficacité de la planification, de la mise en place et de la gestion de programmes de santé nationaux intégrés dans le cadre de systèmes de santé existants appelle des activités et un soutien additionnels au niveau régional. Dans ce contexte, le Dr Mohith invite l'OMS à participer à l'organisation à Maurice d'un séminaire régional qui permettrait de former des équipes appartenant à des pays où les maladies non transmissibles posent désormais un problème de santé publique.

Le Professeur ORDONEX (Cuba) appuie l'ensemble du programme 13.

A propos des programmes 13.16 (Maladies cardio-vasculaires) et 13.17 (Autres maladies non transmissibles), il émet l'avis qu'il est de plus en plus manifeste que ces deux groupes de maladies assument à présent une importance considérable pour la santé publique de la plupart des pays. Il appuie le programme renforcé de prévention des maladies cardio-vasculaires et le programme intégré de santé communautaire concernant les maladies transmissibles dans le contexte des soins de santé primaires. C'est au sein de la communauté et non en milieu hospitalier que doit être menée la lutte contre ce type de maladies. Dans cette optique, il faut accorder la priorité aux activités comportant la promotion de la santé et la prévention primaire, menées en coopération avec la communauté et à son intention. Les hôpitaux et leurs technologies avancées ont apporté la plupart des réponses aux problèmes existants; les lacunes qui subsistent dans les connaissances scientifiques peuvent être comblées au moyen de recherches menées au sein de la communauté - là où les gens naissent, grandissent, étudient et travaillent - puis suivies par l'application d'une approche clinique, épidémiologique et sociale dans le domaine de ces problèmes sanitaires graves et complexes. Cuba se fonde sur ces considérations pour mettre son programme en oeuvre en utilisant un nouveau modèle de soins de santé primaires : le médecin de famille. Une approche systématique fondée sur l'intégration des trois niveaux de soins de santé primaires a facilité le diagnostic épidémiologique et conduit à l'élimination des facteurs de risque dans la population.

Le Dr HYZLER (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) constate avec plaisir que c'est la première fois que le tabac et la santé sont pris en considération dans le programme "Lutte contre la maladie - autres maladies non transmissibles"; en effet, à partir de 1990, aux termes du huitième programme général de travail, ces questions feront l'objet d'un programme distinct, ce qui montre bien leur importance. Le Dr Hyzler suggère que le Directeur général envisage d'opérer ce transfert avant 1990. Il accueille favorablement et approuve les prévisions d'augmentation des crédits, malgré les réductions que le Directeur général s'est vu contraint d'opérer.

Le Dr Hyzler se félicite des mesures prises par le Directeur général et les Directeurs régionaux pour donner le bon exemple en interdisant de fumer dans les locaux de l'OMS et il accueille avec satisfaction l'esprit de coopération des fonctionnaires de l'OMS.

Le Dr RODRIGUEZ (Chili) constate que la lutte contre le cancer occupe une haute priorité dans beaucoup de pays en développement. Les maladies transmissibles sont en voie d'être jugulées, tandis que le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les accidents deviennent un sujet majeur de préoccupation. Il existe bien des méthodes différentes de diagnostic et de traitement du cancer. Le Dr Rodriguez souligne la nécessité d'adopter une attitude préventive et notamment de prendre les dispositions nécessaires pour lutter contre le tabagisme; des activités de ce type ont débuté au Chili sur la base d'un projet pilote, avec l'appui de l'OMS. Il se félicite de la collaboration de cette Organisation à un vaste programme de dépistage du cancer, notamment celui du col de l'utérus et du poumon.

L'OMS et l'OPS offrent également leur assistance aux programmes de lutte contre les maladies cardio-vasculaires. Ces deux organisations ont joué un rôle de catalyseur dans la préparation d'activités et de programmes locaux de lutte contre ces maladies dans les pays des Amériques. Comme l'ont montré diverses enquêtes épidémiologiques, les maladies cardio-vasculaires sont en rapport avec des modes de vie inappropriés, et il n'est possible de remédier à cette situation qu'en utilisant une approche multidisciplinaire au niveau des soins de santé primaires. Il convient de contrôler les facteurs de risque selon une procédure intégrée et coordonnée, plutôt que de les aborder séparément, afin de ne pas surcharger les services de santé.

Le Professeur MATTHEIS (République fédérale d'Allemagne) indique que sa délégation appuie les objectifs du programme en cours d'examen. Les activités de lutte contre le cancer (programme 13.15) occupent un large éventail, allant de la prévention aux soins en phase terminale de la maladie. Il est bon d'appeler l'attention sur ce dernier aspect du problème, car bien des souffrances humaines pourraient être évitées pour une dépense relativement modeste si le personnel de santé était parfaitement informé des moyens de soulager les douleurs des cancéreux. Il existe en République fédérale d'Allemagne un large mouvement qui va dans ce sens. Les malades ont besoin non seulement d'un soutien physique, mais aussi d'une aide psychologique et émotionnelle, faute de quoi ils risquent de se résigner fort mal à leur sort. L'auto-assistance joue également un rôle important, notamment pendant la convalescence, et elle peut se pratiquer sous

la forme de groupes de discussion, avec ou sans participation de professionnels. Un programme spécial d'assistance psychosociale aux enfants atteints de cancer et à leurs familles doit débiter, sur le plan fédéral, en 1987 et il fera l'objet d'une évaluation en temps opportun. Il convient que l'OMS accorde toute l'attention voulue à ces questions. Il faut également qu'elle prenne sans tarder des contacts avec l'Europe contre le Cancer, qui constitue le programme de la Communauté européenne.

Le Professeur Mattheis admet que la prévention de la propagation des maladies cardio-vasculaires parmi les jeunes groupes d'âge occupe une haute priorité et doit comporter une prévention, au niveau primaire, ainsi que le dépistage précoce des symptômes révélateurs de l'existence d'un risque; détectées à temps, ces maladies peuvent être soignées avec succès.

Le Dr RAKCHEEV (Union des Républiques socialistes soviétiques) déclare que, étant donné que l'espérance de vie augmente, que d'autres maladies entrent en ligne de compte et que les facteurs de risque s'accroissent, il est inévitable que le programme de lutte contre le cancer prenne également davantage d'importance. Comme le montre l'analyse de la situation, il est nécessaire et urgent de lutter contre le tabagisme et les activités menées dans ce domaine doivent occuper une place de choix dans la prévention primaire du cancer. Les Etats Membres de la Région de l'Europe ont déjà engagé une campagne antitabac axée sur de vastes objectifs. Le diagnostic précoce demeure difficile, quelle que soit la structure des services de santé. Il demeure donc nécessaire de délimiter les groupes de population à risque élevé et de les soumettre à un dépistage. Le projet de réduction des crédits alloués au programme ne se justifie pas, car le cancer est un problème mondial, inévitablement appelé à prendre encore de l'ampleur même dans les pays en développement. Il est particulièrement utile d'inaugurer des mesures préventives, et il faut également que les pays mettent en place des programmes nationaux de lutte contre le cancer, intégrés aux soins de santé primaires.

Il ne fait aucun doute que les maladies cardio-vasculaires doivent bénéficier d'une priorité élevée et le programme doit donc être approuvé dans son ensemble. Il convient d'accorder une attention spéciale aux sections où il est question de la prophylaxie et de l'évaluation des tendances de la morbidité et de la mortalité. Il serait sans doute préférable que les mesures préventives débutent chez l'enfant et soient intégrées à celles concernant d'autres maladies non transmissibles qui comportent des facteurs de risque communs.

Le Dr Rakcheev est heureux de constater que le développement du programme 13.17 (Lutte contre la maladie - autres maladies non transmissibles) a été nettement encouragé par l'adoption de la résolution WHA28.30. Il souligne l'importance de l'action de l'OMS dans la formation des coordonnateurs nationaux et la mise en place de projets pilotes d'envergure nationale, en faveur d'une prophylaxie intégrée. Il convient que l'OMS renforce et amplifie son action, aussi bien en ce qui concerne chaque composante du programme que les différents projets pilotes. Il sera bien entendu indispensable de disposer des moyens financiers nécessaires et les crédits ne doivent pas être inférieurs à ceux prévus pour la période 1986-1987. Le Dr Rakcheev espère que, à l'avenir, une plus large place sera accordée à la prophylaxie ainsi qu'à la maîtrise des accidents cérébrovasculaires.

A propos de la prévention des maladies rhumatismales et de la lutte contre celles-ci, il note avec intérêt que l'on se propose d'améliorer les classifications et les méthodes utilisées dans les enquêtes épidémiologiques, de même que les échanges d'informations. L'étude du rôle des facteurs génétiques dans la prédisposition à certaines maladies chroniques non transmissibles joue également un rôle important, notamment lorsque les marqueurs génétiques constituent de véritables facteurs de risque.

Les projets intégrés de prophylaxie du diabète, qui demeure d'une actualité brûlante, méritent une attention particulière; pour résoudre ce problème, il est nécessaire d'établir une coopération entre l'OMS et la Fédération internationale du Diabète. Il convient d'évaluer les avantages économiques des programmes spéciaux de médecine préventive, afin de pouvoir mettre au point des méthodes efficaces et peu coûteuses de prophylaxie et de traitement.

Le Dr Rakcheev souhaite apporter deux amendements au projet de résolution sur le quarantième anniversaire de l'OMS. Il suggère que, dans le premier paragraphe du préambule, on complète les mots "comme l'illustre" par "de la façon la plus éclatante". En outre, dans le deuxième paragraphe du préambule, il conviendrait d'ajouter un membre de phrase pour indiquer que l'année 1988 marque également le dixième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, en même temps que le quarantième anniversaire de l'OMS. Si ces deux amendements sont acceptés, la délégation soviétique souhaite figurer parmi les auteurs du projet de résolution.

Le Dr GEORGIEVSKI (Yougoslavie) relève qu'il ressort de l'analyse de la situation en matière de diabète que plus de 50 millions de personnes, dans le monde, souffrent de cette maladie. Les difficultés déjà considérables qui en résultent continueront de s'amplifier, en dépit de progrès substantiels. On a souvent affirmé, dans les sphères internationales, que les malades dépendant d'une injection quotidienne d'insuline n'avaient pas d'autre possibilité de prolonger leur existence ou d'avoir une activité productive et créative. L'insuline est donc un médicament qui sauve des vies et elle doit toujours être disponible à des prix abordables, afin que son acquisition ne se heurte à aucun obstacle financier. Des appels ont été lancés dans un certain nombre de réunions internationales, comme par exemple le Congrès de la Fédération internationale du Diabète, en faveur de l'offre, sans restriction, d'insuline à tous les diabétiques du monde. Dans la pratique, cela serait possible si les pays qui ne produisent pas eux-mêmes d'insuline étaient en mesure d'importer ce produit en franchise de droits. En outre, le prix fixé doit être à la portée de tous les diabétiques. La délégation yougoslave en appelle à l'Assemblée de la Santé afin qu'elle trouve un moyen d'informer les Etats Membres de cette proposition, en les invitant à envisager son application.

Le Dr MOLNAR (Hongrie) se félicite des renseignements fournis par les délégués. En Hongrie, les maladies coronariennes et cérébrovasculaires figurent parmi les principales causes de mortalité et il est particulièrement inquiétant que la morbidité et la mortalité soient très élevées chez les classes d'âge les plus jeunes et les plus productives de la population. La Hongrie, comme elle l'a fait jusqu'ici, continue de manifester un vif intérêt pour une collaboration avec l'OMS dans ces différents domaines. C'est ainsi que les programmes nationaux relatifs aux maladies non transmissibles comprennent une surveillance des maladies cardiovasculaires et l'on s'est inspiré de l'expérience de l'OMS dans la préparation de programmes visant à améliorer la prophylaxie. Les objectifs et les activités proposés correspondent aux grandes lignes des programmes 13.16 (Maladies cardio-vasculaires) et 13.17 (Lutte contre la maladie - autres maladies non transmissibles). Cette approche intégrée qui vise à résoudre le problème des maladies non transmissibles et qui est associée à diverses tentatives d'agir sur les facteurs de risque communs à beaucoup de ces maladies, a déjà été essayée dans de nombreux pays.

Il est évident qu'aucun programme ne peut être mis à exécution sans un personnel doté d'une formation appropriée et comprenant des coordonnateurs nationaux. L'organisation par l'OMS d'un séminaire en Carélie du Nord (Finlande) sur la formation des coordonnateurs nationaux revêt donc une grande importance. Le Dr Molnar appuie cette initiative et espère que les travaux se poursuivront en 1988-1989.

Le Dr SHIMAO (Japon) indique que le Japon renforce son programme Tabac et santé, bien que le nombre de fumeurs chez les adultes Japonais de sexe masculin demeure parmi le plus élevé des pays de haute technicité. La Sixième Conférence mondiale sur le Tabac et la Santé aura lieu à Tokyo du 9 au 12 novembre 1987 et le Dr Shimao espère qu'elle sera suivie par un grand nombre des délégués ici présents.

Le Ministre japonais de la Santé et de la Prévoyance sociale a institué une commission spéciale d'étude sur le tabac et la santé, qui recueille dans le monde entier des renseignements concernant les effets du tabac sur la santé et analyse les mesures prises par d'autres gouvernements, afin de pouvoir disposer des éléments de base d'un nouveau programme antitabac.

L'objectif final du programme OMS est de faire en sorte que, dans le monde entier, chacun renonce totalement à fumer. Pour atteindre cet objectif, le programme doit avoir un caractère permanent, être adapté à chaque situation nationale, puis intensifié progressivement. Le Dr Shimao est persuadé qu'une approche en douceur sera le meilleur garant du succès.

A l'heure actuelle, le programme antitabac est englobé dans le programme 13.17 (Lutte contre la maladie - autres maladies non transmissibles). Cette activité est toutefois suffisamment importante pour faire l'objet d'un programme distinct, mais il serait nécessaire de maintenir une coordination appropriée avec d'autres programmes concernés.

Le Dr VISHWAKARMA (Inde) déclare que sa délégation appuie sans restrictions les programmes considérés.

En Inde, le programme national de lutte contre la cécité n'a cessé de progresser ces dernières années à en juger aussi bien par le développement des infrastructures que par les résultats obtenus. Plus de 50 % des centres locaux de soins de santé primaires sont en mesure de dispenser des soins ophtalmologiques primaires et, dans plus de la moitié de ces centres, un agent paramédical qualifié dispense des soins ophtalmologiques dans la communauté. Le nombre

d'opérations de la cataracte réalisées n'a cessé d'augmenter et le retard accumulé a été en partie comblé. Une enquête nationale sur la cécité est en cours et devrait permettre une évaluation réaliste de l'ampleur du problème. Parmi les nouveaux domaines d'intervention figurent un programme d'éducation continue et le renforcement des banques ophtalmologiques. On est en train de rationaliser la surveillance du programme national afin de faciliter les flux d'information émanant de la communauté. De nouvelles installations ont été créées pour assurer la mobilité des fonctionnaires du programme au niveau de l'Etat et un service de surveillance et d'évaluation central a été mis en place. Plutôt que de concentrer les ressources financières sur quelques centres de soins ophtalmologiques tertiaires, on les a uniformément réparties dans l'ensemble du pays, l'accent étant mis sur le développement des soins ophtalmologiques primaires.

On estime à 1,5 million le nombre de cas de cancer en Inde, et à 500 000 environ le nombre de cas nouveaux chaque année. Les moyens de traitement sont largement concentrés dans les centres urbains et sont insuffisants pour répondre aux besoins. Le programme national de lutte contre le cancer vise à relever ce défi en affectant en priorité des ressources à des activités qui permettent à l'Inde de ne pas faillir à son engagement en faveur de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le programme national a pour objectifs : 1) la prévention primaire du cancer, et en particulier des cancers liés au tabac; 2) le diagnostic précoce et le traitement du cancer du col utérin; et 3) la répartition et le développement des services, avec la création de centres anticancéreux régionaux et d'écoles de médecine et d'art dentaire.

Etant donné que les stratégies de prévention primaire et secondaire ne porteront vraisemblablement pas leurs fruits avant longtemps, il faudrait renforcer à la fois les services thérapeutiques et le programme national de lutte anticancéreuse en les dotant de personnel et de matériel suffisants. Il existe 10 centres régionaux de recherche et de traitement et 24 centres de dépistage précoce dans les écoles de médecine. Au total, 130 unités de radiothérapie ont été installées dans 87 établissements. Le septième plan quinquennal prévoit une allocation d'environ 60 millions de roupies pour les activités de lutte contre le cancer.

Restent encore à résoudre deux problèmes clés : généraliser l'accès à du matériel de radiothérapie et à des médicaments peu coûteux et prendre en charge les patients en phase terminale. Car même lorsque la plupart des pays auront mis au point des mesures de prévention spécifiques et des stratégies de lutte appropriées contre les principaux cancers, il subsistera un groupe de patients pour qui la douleur sera intolérable et la mort imminente. On a proposé d'administrer des comprimés de morphine pour maîtriser la douleur. Mais la question de savoir si les patients doivent être soumis à une chimiothérapie ou une radiothérapie à outrance avant de mourir ou si l'on doit leur permettre de mourir dans la dignité mérite réflexion. Ce qui pose un autre problème, celui de l'euthanasie, qui n'a jamais été abordé à l'OMS. Or il est à prévoir que l'OMS devra un jour ou l'autre étudier sérieusement cette question car elle a compétence pour le faire; pour sa part, le délégué de l'Inde est convaincu que l'OMS aura le courage d'entamer un dialogue.

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) estime que le tabac est responsable de plus de maladies, d'incapacités et de décès aux Etats-Unis d'Amérique que tout autre facteur. Mais l'on se dirige progressivement vers une société sans tabac en l'an 2000. Il y a 20 ans, plus de la moitié des citoyens des Etats-Unis fumaient; aujourd'hui, ce chiffre a été ramené à moins de 30 %. La consommation annuelle de cigarettes par habitant n'a jamais été aussi faible et les hommes jeunes ont réduit leur consommation de 30 % au cours des quatre dernières années. Mais il y a encore des obstacles à surmonter. Les jeunes femmes n'ont pas réduit leur consommation de cigarettes et le cancer du poumon est maintenant la principale cause de mortalité par cancer chez la femme, puisqu'il vient avant le cancer du sein depuis deux ans déjà.

Au Department of Health and Human Services des Etats-Unis, il est déjà interdit de fumer dans les 265 centres de l'Indian Health Service. Il en sera de même dans tous les services du Public Health Service, comme dans les locaux de la capitale, dès octobre 1987. En outre, de nombreuses entreprises se sont libérées du tabac et leur nombre ne cesse de croître.

Il faut féliciter le Directeur général des efforts déployés par l'OMS pour appeler l'attention sur les effets nocifs du tabac et de ses activités visant à instaurer une société sans tabac. La délégation des Etats-Unis est donc heureuse de figurer parmi les auteurs du projet de résolution sur une journée sans tabac dans le monde.

Le Dr HADJ-LAKEHAL (Algérie) voudrait proposer deux amendements au projet de résolution sur une journée sans tabac dans le monde. Au paragraphe 2 du dispositif, dans la version française, les termes "la presse mondiale et les autres médias" ne correspondent pas exactement

à ceux de la version anglaise "the world press and other media". Il propose de remplacer ces termes par l'expression "la presse et les autres médias de chaque pays". D'autre part, il propose, si les coauteurs du projet de résolution sont d'accord, d'ajouter un appel moral aux entreprises qui produisent et commercialisent du tabac ou des produits du tabac pour qu'elles s'abstiennent de toute activité de caractère publicitaire ce jour-là, en particulier si elles visent les populations des pays en développement. Malheureusement, le tiers monde apparaît comme le marché d'avenir pour les produits du tabac et il est systématiquement la cible des sociétés multinationales. En outre, les stations de radio bombardent de publicité la population, et en particulier les jeunes, qui y sont les plus sensibles. Le tabagisme se développe donc dans les pays du tiers monde alors que leurs maigres ressources seraient mieux employées en produits alimentaires et autres produits de base. Le délégué de l'Algérie propose donc d'ajouter un troisième paragraphe au dispositif du projet de résolution, rédigé comme suit : "3. PRIE INSTAMMENT les entreprises, en particulier transnationales, qui fabriquent, commercialisent ou assurent le marketing du tabac, de profiter de cette journée pour cesser de mener des actions à caractère publicitaire, notamment celles ayant pour cible les populations des pays en voie de développement". Le paragraphe 3 du dispositif devrait alors être renuméroté.

Le Dr HASSOUN (Iraq) approuve les programmes considérés. En ce qui concerne le tabac et la santé, l'Iraq a pris des mesures axées sur quatre cibles : l'ensemble de la population, les professionnels de la santé, les politiciens et les producteurs de tabac. Les responsables politiques ont eux-mêmes pris l'initiative dans ce domaine et un décret présidentiel interdisant l'usage du tabac dans toutes les réunions officielles et pendant les cérémonies publiques a été publié. D'autre part, le 28 octobre 1986 a été proclamé journée nationale de lutte contre le tabac. Etant donné qu'en Iraq, la production de tabac est sous contrôle étatique, il a été relativement simple d'interdire toute publicité en faveur du tabac. Les taxes sur le tabac ont été augmentées de 200 %. En ce qui concerne l'ensemble de la population, des programmes d'information et d'éducation axés plus particulièrement sur les groupes vulnérables, notamment les jeunes, ont été lancés. En février 1986, une ordonnance ministérielle a interdit l'usage du tabac dans les bureaux du Ministère de la Santé. Rien ne permet de dire que ces consignes seront respectées. Néanmoins, le nombre de gens qui fument dans les locaux du Ministère de la Santé a considérablement diminué depuis. Le Dr Hassoun est satisfait que le Siège de l'OMS ait été déclaré zone sans tabac le 7 avril 1987. Il voudrait ajouter sa propre conviction à celles énoncées par le Directeur général dans son discours d'ouverture de l'Assemblée de la Santé, à savoir que si tous les pays persévèrent dans leur effort de lutte contre le tabac, nous pourrions, en l'an 2000, vivre sur une planète d'où le tabac aura été banni et donc dans un monde plus sain et plus heureux. En tant que coauteur du projet de résolution, la délégation iraquienne souhaite qu'il soit adopté, en espérant que les journées sans tabac seront de plus en plus nombreuses. Elle note avec satisfaction la création d'un programme distinct sur le tabac et la santé dans le cadre du huitième programme général de travail.

Le Dr GRECH (Malte) rappelle que sa délégation a toujours soutenu les programmes 13.15, 13.16 et 13.17 et a toujours préconisé un programme global intégré de prévention du cancer, des maladies cardio-vasculaires et autres maladies non transmissibles comme le diabète. Il est évident que l'incapacité et la mortalité imputables à ces maladies de par le monde sont inadmissibles. Il voudrait souligner trois points. Premièrement, les programmes de prévention des maladies non transmissibles ne donnent pas de résultats immédiats mais représentent plutôt un investissement à long terme dans la santé. Deuxièmement, le fait de dissocier les maladies non transmissibles de la situation socio-économique d'ensemble est une simplification abusive. Troisièmement, les principaux facteurs qui sont à l'origine de ces maladies se prêtent particulièrement bien à un programme d'intervention intégré à assise communautaire. Ainsi, les mesures de lutte contre une maladie devraient également avoir un impact sur les autres, comme on l'a observé dans le cadre du projet de lutte contre le diabète à Malte.

Le Dr AL-SAIF (Koweït) déclare que les coauteurs du projet de résolution souhaitent marquer le 7 avril 1988, qui coïncide avec le quarantième anniversaire de l'OMS, en le déclarant journée sans tabac, afin de souligner le rôle déterminant de l'Organisation dans la lutte antitabac. La résolution demande aux pays de poursuivre leurs efforts pour combattre le tabagisme et aux médias de renoncer à toute publicité en faveur du tabac ce jour-là. Il espère que la résolution sera adoptée et que les mesures proposées seront appliquées par les Etats Membres le 7 avril de chaque année.

M. INHAT (Tchécoslovaquie), se référant aux programmes 13.16 et 13.17, précise que la Tchécoslovaquie a mis en oeuvre un programme intensif de prévention de la cardiopathie ischémique reposant sur les projets MONICA et INTERHEALTH. Ces projets sont une source de données d'expérience et d'informations précieuses et ont permis de planifier plus efficacement les services de santé du pays; ils pourraient servir de modèles pour la lutte contre l'hypertension et d'autres maladies chroniques. Ces projets sont en effet très utiles, ils reposent sur des bases scientifiques et ne sont pas difficiles à utiliser. La délégation tchèque est donc favorable au développement de ces méthodes et prie le Directeur général de ne pas réduire les crédits affectés aux programmes en question.

Le Dr RAY (Secrétaire) donne lecture des modifications au projet de résolution intitulé "Quarantième anniversaire de l'OMS" proposées par le délégué de l'URSS. La première modification, à la troisième ligne du premier alinéa du préambule, consiste à remplacer "comme l'illustre" par "comme l'illustre de la façon la plus éclatante". La seconde modification consiste à ajouter au second alinéa du préambule le membre de phrase "dont le dixième anniversaire coïncidera avec le quarantième anniversaire de l'OMS".

La résolution, ainsi modifiée, est adoptée.

Le Dr RAY (Secrétaire), revenant au projet de résolution intitulé "7 avril 1988 : Une journée sans tabac dans le monde", note que les délégations de la Belgique et de l'Oman souhaitent figurer parmi les coauteurs de la résolution. Le délégué de l'Algérie a proposé d'ajouter un nouveau paragraphe 3) au dispositif, à savoir : "PRIE INSTAMMENT les entreprises, en particulier transnationales, qui fabriquent, commercialisent ou assurent le marketing du tabac, de profiter de cette journée pour cesser de mener des actions à caractère publicitaire, notamment celles ayant pour cible les populations des pays en voie de développement".

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique), tout en se félicitant du consensus qui s'est dégagé sur le projet de résolution, craint que la modification proposée n'implique une activité de réglementation, auquel cas il serait, aux Etats-Unis d'Amérique, pour le moins difficile à appliquer. Il préférerait que le projet de résolution soit adopté sans la modification proposée.

M. DEBRUS (République fédérale d'Allemagne) est d'accord avec le délégué des Etats-Unis d'Amérique.

M. SAMSOM (Pays-Bas) se déclare, lui aussi, satisfait que l'Assemblée soit parvenue à un consensus sur le projet de résolution. Il pense qu'il serait utile de procéder dès que possible à un vote, étant donné le peu de temps qu'il reste pour débattre d'autres points de l'ordre du jour. Le libellé de l'amendement proposé soulève en effet quelques problèmes; ainsi, dans le texte anglais, le terme "producers" recouvre les agriculteurs et il serait difficile de leur demander de ne pas travailler pendant une journée. De plus, l'industrie du tabac n'appréciera peut-être pas qu'on lui demande de "profiter" de cette journée pour renoncer à ses activités. Si l'on veut tenir compte de cette modification, il faudrait peut-être supprimer ces termes. Bien qu'il soit d'accord sur l'idée, compte tenu des préoccupations exprimées par le délégué des Etats-Unis d'Amérique, il espère que le délégué de l'Algérie reconsidérera sa position.

Le Dr HADJ-LAKEHAL (Algérie) tient à souligner que l'amendement qu'il propose est une invitation d'ordre moral qui s'adresse aux entreprises. Rien dans le texte ne revêt un caractère réglementaire. Il semble qu'il y ait une erreur dans la version anglaise du texte où le mot "produce" devrait être remplacé par le mot "manufacture". Le point important, c'est que des milliers de gens succombent à des maladies liées au tabac et que c'est aux responsables de la santé qu'il incombe de s'attaquer à ce problème. Il répète que l'amendement se veut un appel d'ordre moral pour tenter de combattre les effets nocifs du tabac sur la santé.

La séance est levée à 19 h 50.

= = =