



CONSEIL EXECUTIF

Cinquante-septième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUATORZIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Jeudi 22 janvier 1976, à 9 h.30

PRESIDENT : Professeur J. KOSTRZEWSKI

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Etat d'avancement du programme antipaludique (suite)	3
2. Examen du projet de budget programme pour 1976 et 1977 (exercice financier 1977) (suite)	
Développement de l'évaluation à l'OMS (suite)	9
Prévention de l'invalidité et réadaptation (suite)	10
3. Promotion des services nationaux de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires	11

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent être soumises par écrit au Chef du service des Comptes rendus, bureau 4103, dans les 48 heures qui suivent la distribution de ce document. Elles peuvent cependant être remises également à l'Administrateur du service des Conférences affecté au Conseil.

MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

(Pour la liste des membres et autres participants à la cinquante-septième session du Conseil,
voir le document distinct portant la date du 15 janvier 1976)

QUATORZIEME SEANCE

Jeudi 22 janvier 1976, à 9 h.30

Président : Professeur J. KOSTRZEWSKI

1. ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME ANTIPALUDIQUE : Point 15 de l'ordre du jour
(résolution WHA28.87; document EB57/19) (suite)

Le Dr KHALIL se déclare satisfait du rapport du Comité ad hoc d'autant plus précieux qu'un grand nombre de pays, et notamment de pays en voie de développement, ont à souffrir de cette maladie qui a des effets débilitants sur une fraction importante de la population active.

Dans la situation actuelle, certains pays continuent de lutter contre le paludisme et s'efforcent de découvrir des techniques permettant d'empêcher l'apparition d'une résistance aux insecticides, tandis que d'autres pays - pour des raisons géographiques et autres - cherchent à mettre au point de nouvelles méthodes. Le Dr Khalil serait heureux de connaître l'avis du Secrétariat sur les possibilités offertes par les insecticides à effet rémanent lorsque la lutte n'a pas atteint ses objectifs.

Le Dr TARIMO rappelle qu'il a participé aux travaux du Comité ad hoc. En ce qui concerne la future politique de l'Organisation en matière de lutte antipaludique, il admet avec le Professeur Aujaleu qu'il faut bien savoir ce que l'on entend par intégration de l'action antipaludique dans les services généraux de santé. L'OMS a donné une bonne définition de l'intégration dans plusieurs de ses publications et le Directeur général a indiqué que l'Organisation avait pour politique de faire intégrer l'action antipaludique dans les services généraux de santé; pour le Dr Tarimo, il s'agit là d'une politique réaliste, et beaucoup de pays en voie de développement n'ont pas d'autre choix. Cependant, ce qui se passe réellement dans la pratique est également très important. Il ne fait pas de doute que le Secrétariat de l'OMS a pris fait et cause pour l'intégration, mais le Dr Tarimo a personnellement constaté certaines réticences lorsqu'il s'agit de l'action sur le terrain. On ne voit pas très bien comment le Directeur général peut garantir que les équipes antipaludiques de terrain seront pleinement acquises à l'intégration, mais il est essentiel qu'elle soit réalisée. En fait, on peut estimer que la volonté d'intégration doit s'appliquer également à d'autres programmes de l'OMS - le programme de vaccination par exemple - car l'on constate parmi les équipes opérant sur le terrain une tendance à insister plus particulièrement sur les programmes qui les intéressent en particulier. C'est au Conseil qu'il appartient de veiller à ce que l'intégration soit réalisée dans toute la mesure possible.

Le second critère qui mérite d'être souligné est celui de la participation et de l'engagement de la collectivité. Le Dr Tarimo cite l'exemple d'une ville où les sommes consacrées annuellement à l'éradication du paludisme représentent \$1 par habitant. Toutefois, près de 90 % de ce total sert à payer les traitements du personnel et, avec l'augmentation des prix sur le marché mondial, il se révèle impossible d'acheter tous les insecticides dont on a besoin. Il conviendrait de tout faire pour trouver des méthodes grâce auxquelles les collectivités se chargeraient elles-mêmes du travail, les insecticides et le matériel étant fournis par les gouvernements; à cet égard, l'expérience de la Chine est un précieux exemple. La question de la pleine adhésion des équipes antipaludiques rejoint également celle de la participation de la collectivité, puisqu'il faut s'assurer que les équipes stimulent la participation, au lieu d'insister sur les difficultés que comporte le recours à des travailleurs non spécialisés.

Comme les orateurs précédents, le Dr DIBA fait l'éloge du rapport soumis au Conseil. Il est essentiel que l'action antipaludique reçoive la plus haute priorité, surtout si l'on considère les sommes énormes qui ont déjà été dépensées. Les autorités sanitaires doivent rester vigilantes et ne pas se laisser décourager par tel ou tel fléchissement des résultats. Un pays qu'il connaît bien a consenti des efforts considérables, en argent comme en personnel, pour suivre la politique préconisée par l'OMS et, malgré l'apparition d'une certaine résistance aux insecticides, des résultats brillants ont pu être obtenus : dans certains secteurs, le paludisme a été complètement extirpé, dans d'autres on en est à la phase de surveillance, mais l'on rencontre encore ici et là quelques poches de résistance.

Se référant aux observations du Dr Tarimo concernant l'intégration, il souligne que l'OMS se doit d'adopter une attitude prudente pour le moment. Il reconnaît que, lorsque c'est possible, le personnel de santé doit être formé dans le cadre des services de santé publique, de sorte que, une fois réalisée l'éradication du paludisme, les travailleurs qui y étaient affectés puissent faire partie de l'infrastructure sanitaire et passer à d'autres activités. Il n'en reste pas moins qu'il faut d'abord mettre en place des centres de surveillance antipaludique qui, même s'ils sont chargés par la suite d'autres activités, continueront d'exercer la surveillance nécessaire pour prévenir toute réapparition du paludisme.

Constatant que le rapport ne fait que brièvement allusion à l'assainissement, le Dr Diba estime que l'OMS ferait peut-être bien d'entreprendre une étude complète sur la possibilité de recourir aux techniques d'assainissement dans les secteurs de résistance aux insecticides, ou même de résistance aux médicaments. Certes, le travail d'assainissement est extrêmement coûteux, mais il pourrait être couplé, par exemple, avec la promotion de la production agricole.

Le Dr JAYASUNDARA dit que son point de vue est déjà exprimé dans le rapport du Comité ad hoc dont il a fait partie. Aux termes de la résolution WHA28.87, le Conseil est prié de suivre de près l'évolution du programme antipaludique à l'échelle mondiale, et sa première tâche consiste à décider si l'OMS pourrait jouer un rôle plus dynamique à cet égard, et si elle doit en fait se donner pour objectif final l'éradication à l'échelle mondiale. L'action de l'Organisation deviendra nécessairement plus vigoureuse si toutes les recommandations du Comité ad hoc sont entièrement adoptées. Il lui semble que rien ne s'oppose à ce qu'on se donne pour objectif l'éradication mondiale, pourvu que l'on ne fixe pas de délai. Renoncer à cet objectif ne ferait que conduire au pessimisme. En dernière analyse, l'éradication dépendra des programmes et de la position des différents pays impaludés, et le Dr Jayasundara reconnaît avec le Dr Tarimo que l'on a beaucoup à apprendre de l'expérience chinoise en matière de participation active de la collectivité. L'éradication du paludisme doit être recherchée au niveau des pays et au niveau des régions, plutôt qu'au niveau mondial.

Toutes les mesures de soutien possibles devront être prises par l'OMS sur une base logique, en tenant pleinement compte des programmes passés et de la situation des différents pays intéressés. C'est faute d'avoir procédé ainsi dans le passé que l'OMS s'est trouvée confrontée à un problème de crédibilité vis-à-vis des institutions multilatérales et bilatérales qui apportaient leur aide. Toutefois, il n'est pas trop tard pour repartir du bon pied.

Le Dr CHILEMBA s'associe aux éloges qui ont été faits du rapport du Comité ad hoc. Il faut noter que trois seulement des Régions de l'OMS ont à faire face au problème du paludisme, et que sur le total estimatif de 120 millions de cas pour 1974 100 millions se situaient en Afrique, qui est incontestablement la Région où les taux de mortalité et de morbidité sont les plus élevés. Il va de soi que seules des initiatives novatrices et dynamiques permettront de redresser cette situation. L'éradication n'a été réalisée que dans deux pays de la Région africaine, et il ne semble pas que d'autres pays de la Région y parviennent si les choses continuent à ce rythme. Deux pays d'Afrique seulement ont pris des mesures importantes de lutte antipaludique, tandis que des mesures plus limitées ont été mises en place dans tous les pays, à l'exception de cinq. Il faudrait s'efforcer de déterminer les raisons de cette disparité, et de mettre le doigt sur les difficultés que certains pays paraissent incapables de surmonter. Le Dr Chilemba serait heureux de savoir dans quel sens le Directeur général entend agir et quelles mesures sont prises en ce qui concerne la résistance à la chloroquine et à l'aminoguanidine constatée dans certains cas.

Le Dr BAIRD demande quelles stratégies on a retenues pour s'attaquer aux problèmes frontaliers, car il semble que, sur les cinq groupes de pays impaludés énumérés à l'annexe du rapport du Comité ad hoc, les groupes II, III et IV comprennent des pays ayant des frontières communes.

Le paragraphe 5.2.3 du rapport évoque les travaux d'ingénierie et autres activités tendant à réduire les sources d'infection : le Dr Baird souhaiterait avoir davantage de renseignements sur ces méthodes.

Il importe de se faire une idée claire de ce que l'on entend par "éradication". Il croit comprendre quant à lui qu'il s'agit d'obtenir, à une époque donnée et dans un pays donné, que le vecteur ne soit plus présent et que les gîtes larvaires du moustique aient été éliminés. Il estime qu'il est possible de parvenir à ce but, à condition que l'on puisse compter sur l'entière participation de la collectivité.

Pour le Dr GRAHAM (suppléant du Dr Cumming), il pourrait être intéressant, à propos de l'excellent rapport dont le Conseil est saisi, de décrire la situation inhabituelle qui est celle d'un pays qu'il connaît bien. La transmission du paludisme y a été constatée dans une zone tropicale relativement isolée. C'est l'administration de médicaments que l'on a retenue comme méthode de lutte, avec les résultats auxquels Sir Harold Walter a fait allusion. Il s'est agi ensuite d'assurer la salubrité du milieu en ce qui concerne les populations de moustiques. On y est parvenu en donnant des cours d'éradication du paludisme aux personnels de santé des zones impaludées. A mesure que le secteur s'ouvrira davantage vers l'extérieur, il conviendra d'adopter une approche plus large. S'il a mentionné ce cas, c'est pour souligner la nécessité d'une politique souple, seul moyen peut-être d'obtenir que les progrès continuent.

Sir Harold WALTER souscrit à la déclaration que le Directeur général a fait publier sur la question du paludisme. Vouloir éradiquer le paludisme dans des délais préétablis serait vouer l'entreprise à l'échec; en revanche, l'intégration des activités antipaludiques dans les services généraux de santé permettra de lutter en permanence contre ce fléau en garantissant toute la souplesse souhaitable. Dans chaque pays, les activités doivent commencer dans les zones affectées pour s'étendre ensuite à l'ensemble du territoire. A la précédente séance, le Directeur général a indiqué au Conseil que, si le programme antipaludique de l'OMS n'inspirait pas à nouveau la confiance, il n'aurait guère de chances d'attirer les ressources financières dont il a besoin. D'énormes sommes ont été dépensées dans certains pays sans que les résultats aient été entièrement probants. En revanche, des succès ont été remportés là où les programmes antipaludiques ont été intégrés dans les services généraux de santé, l'OMS fournissant une assistance sous forme d'insecticides, de matériel et, dans certains cas, d'avis d'experts. Le Directeur général a eu tout à fait raison de préciser que l'éradication mondiale ne sera jamais réalisée si l'on ne met pas en place, sous une forme ou sous une autre, des moyens de lutte permanents.

De l'avis de Sir Harold Walter, une des causes d'échec réside dans le fait que des sommes considérables ont été consacrées au paiement des salaires des personnels affectés aux programmes antipaludiques. En outre, il faut compter avec la résistance naturelle au changement qui, au stade où l'on en est, risque d'entraver l'adoption de nouvelles méthodes pour les campagnes antipaludiques. L'attitude dynamique du Directeur général est bien faite pour instaurer un débat franc et ouvert et pour donner un nouvel élan aux activités. Il y a également beaucoup à retenir de la déclaration entendue à la précédente séance sur la participation de la collectivité à la campagne antipaludique en Chine.

Pour le Dr BUTERA, l'OMS se doit de prendre le rapport coûts/avantages pour premier critère de ses interventions futures dans le domaine du paludisme. Le programme aurait pu conserver davantage de souplesse si, dans le passé, on avait eu systématiquement recours à cet instrument de mesure.

Comme le Dr Tarimo, le Dr Butera est conscient de l'importance de la participation de la collectivité. L'OMS est appelée à jouer un rôle capital de catalyseur en encourageant les gouvernements à rechercher au maximum ce genre de participation. En réalité, il faut tenir pleinement compte de toutes les recommandations faites dans le rapport du Comité ad hoc pour éviter de répéter les erreurs du passé. Il semble que le moyen le plus efficace de combattre le paludisme est d'entreprendre des activités antipaludiques - par l'intermédiaire des services de santé primaires et avec les méthodes disponibles - d'abord dans les zones particulièrement affectées, étant entendu que les stratégies utilisées seront ensuite perfectionnées. Il n'est certainement pas possible à l'heure actuelle de parler de plan mondial d'éradication du paludisme.

Le Dr VALLADARES connaît un pays où l'éradication du paludisme a été réalisée il y a plusieurs années sur 75 % du territoire, les autres régions n'étant que faiblement affectées. Cependant, à partir de 1971, le paludisme a fait sa réapparition dans certains secteurs, y compris des régions où l'on croyait l'éradication acquise. Cette évolution est essentiellement imputable à la migration de sources d'infection depuis les pays voisins, à la nature particulière de la population d'anophèles et à la diminution des crédits affectés aux programmes antipaludiques. Dans ces conditions, on a envisagé l'intégration de l'action antipaludique dans les services généraux de santé, mais sans que l'on soit d'accord sur la manière exacte de procéder. Pour sa part, il comparerait volontiers les activités de l'équipe antipaludique à celles d'une armée dans laquelle chacune des unités a sa propre mission et son propre matériel, chacune allant à son propre rythme. De la même façon, on ne peut pas demander au travailleur de

santé de se charger de tous les aspects de la lutte antipaludique, tant ceux qui concernent l'homme que ceux qui se rapportent à son milieu. Les activités qui concernent l'homme doivent être confiées aux services généraux de santé, lesquels doivent observer une attitude suffisamment souple aux différents stades du programme, de sorte qu'on puisse tirer le meilleur parti possible des dernières acquisitions de la science; la stratégie doit être fonction de la situation épidémiologique. Comme l'a dit le Dr Carrillo, ce qui fait défaut à l'heure actuelle, c'est un élan communiqué par l'OMS et capable de stimuler et de ranimer l'intérêt des gouvernements pour l'éradication du paludisme.

Le Dr TAKABE, souligne au sujet de la conception radicalement nouvelle du programme antipaludique, qu'il importe d'adopter une approche fondée sur de solides principes logistiques. Il rappelle que, dans le cas du programme d'éradication de la variole, c'est l'adoption d'une stratégie appropriée qui a conduit au succès.

Le Dr YÁÑEZ (suppléant du Dr Villani) estime que la responsabilité de l'OMS est largement engagée dans la lutte antipaludique. Cependant, la responsabilité des pays eux-mêmes est encore plus grande, et l'heureux aboutissement des campagnes dépend de la mesure dans laquelle les populations intéressées seront convaincues de la gravité de la situation et de l'urgence des mesures à prendre. Une participation active des collectivités est la clé du succès. En outre, il est essentiel d'assurer également une surveillance permanente à l'échelon inter-pays et à l'échelon régional.

Le Dr del CID PERALTA estime que le rôle du personnel auxiliaire dans les programmes antipaludiques ne doit pas être limité à des tâches techniques déterminées telles que les pulvérisations, mais doit couvrir toutes les activités du programme. A sa connaissance, il existe au moins un pays dans lequel une distinction est faite entre le personnel chargé des opérations antipaludiques et celui des services de santé de base : si les services étaient convenablement intégrés, une telle distinction ne devrait pas exister. Dans le cadre du programme mis en oeuvre dans ce pays, 2,5 % seulement des prélèvements de sang sont faits par le personnel permanent, tous les autres étant faits par des bénévoles, ce qui témoigne d'un manque regrettable d'intérêt de la part des services généraux de santé pour un programme aussi important que la lutte antipaludique. Le Dr del Cid Peralta souligne que, si les agents de la santé publique eux-mêmes ne sont pas convaincus du caractère prioritaire du programme antipaludique, il sera difficile de persuader la collectivité de participer activement à ce programme.

Le Professeur NABEDE PAKAI souscrit aux opinions exprimées sur l'état d'avancement de la campagne antipaludique et remercie le Comité ad hoc du très pertinent rapport qu'il a présenté. Le paludisme est l'un des problèmes majeurs de sa Région et il est absolument convaincu que le succès d'un programme dépend non seulement de la présence d'un personnel qualifié et du matériel nécessaire, mais aussi - ce qui est encore plus important - de la participation active de la population. L'état d'avancement du programme doit faire l'objet d'une évaluation permanente, qui permettra de procéder en temps utile aux ajustements appropriés. Les méthodes doivent être adaptées à chaque situation. Les pays ne pouvant continuer de financer des programmes antipaludiques sans savoir si les méthodes employées sont toujours adéquates, il saisit l'occasion qui lui est offerte de remercier le Directeur général de sa volonté d'innover et d'adapter le programme antipaludique aux circonstances nouvelles.

Le Dr VENEDIKTOV approuve entièrement l'appréciation formulée par le Directeur général au sujet de la situation actuelle et il a écouté avec beaucoup d'intérêt les observations qui ont été faites jusqu'à présent. La diversité des opinions exprimées reflète la multiplicité des aspects du problème plutôt qu'un désaccord fondamental sur la question de la lutte antipaludique. L'éradication ne peut être réalisée rapidement : il faut avancer progressivement, pays par pays. Il importe que les pays aient foi en l'objectif de l'éradication, et que les gouvernements ne le perdent jamais de vue. L'approche du problème est complexe; elle suppose une participation active de la population, des agents de santé et des pouvoirs publics à tous les échelons. Pour ce qui est du rôle de l'OMS, il faut d'une part que les comités régionaux procèdent à une étude plus approfondie du problème, d'autre part réexaminer et renforcer la participation du Siège.

Le Dr SHAMI, parlant en sa qualité de Président du Comité ad hoc, remercie les membres du Conseil des éloges décernés au rapport du Comité. Celui-ci s'est efforcé de formuler des recommandations de caractère général, sans entrer dans le détail des modalités de leur application, car il a estimé que les conditions pouvaient varier d'un pays à l'autre.

En réponse à la question du Dr Dlamini, le Dr Shami indique que, d'après son expérience, ce sont les contacts personnels qui permettent le mieux d'obtenir la coopération des collectivités. Au sujet de l'objection soulevée par le Dr Baird, il rappelle l'intervention du Dr Chen, qui a montré que de nombreux éléments - participation d'une population bien informée, collaboration pluridisciplinaire à tous les échelons, services de santé conscients de l'importance de leur tâche, et, enfin, direction ayant à coeur de promouvoir la santé publique - pouvaient contribuer au succès de la lutte contre la maladie.

Pour ce qui est des observations faites la veille par le Directeur général, le Dr Shami précise qu'il n'entre pas dans les intentions des membres du Conseil d'adresser des blâmes ou des félicitations, mais simplement d'exprimer en toute franchise leur opinion. Il remercie le Directeur général des assurances qu'il a données quant à la volonté de l'OMS de faire de son mieux pour collaborer avec les pays et avec les institutions internationales et bilatérales à l'éradication du paludisme. Toutes les nations du monde attendent toujours de l'OMS qu'elle prenne la tête de l'action menée dans tous les domaines de la santé, et plus particulièrement dans celui de la lutte antipaludique.

Le Dr LEPES (Directeur de la Division du Paludisme et des autres Maladies parasitaires) indique, pour répondre à une question posée par plusieurs membres, que l'intensité de l'endémo-épidémicité du paludisme varie beaucoup, en fonction directe des conditions écologiques locales. C'est ainsi qu'il existe des régions où le nombre des piqûres infectantes par habitant est inférieur à un par an, alors que dans d'autres il dépasse la centaine. Devant de telles variations, les services de santé doivent adopter des modes d'action différents. C'est pourquoi il faut faire preuve de beaucoup de souplesse dans le choix des méthodes de lutte et du degré d'intensité de leur application; cette remarque vaut d'ailleurs pour toutes les activités relatives au paludisme.

Il est exact que les programmes d'éradication du paludisme sont lourdement tributaires de la technologie. Certes, on n'a pas encore tiré tout le parti possible d'autres méthodes permettant de réduire la densité anophélienne - poissons prédateurs, larvicides chimiques, travaux de génie civil, etc. - mais il serait erroné de croire que de ces dernières pourraient suffire, à elles seules, à résoudre le problème de la transmission du paludisme. Il faut rappeler que le programme d'éradication n'a jamais eu pour objectif l'élimination des vecteurs, bien qu'on y soit parvenu dans l'île de Chypre et dans quatre îles de l'Adriatique grâce à l'emploi de poissons prédateurs. Les applications d'insecticides dans les habitations visent à réduire la durée de la vie des vecteurs, ce qui permet d'interrompre le cycle de reproduction du parasite et, finalement, la transmission. C'est là l'élément de base sur lequel repose le concept même de l'éradication du paludisme. Il n'existe pas actuellement d'autre méthode qui permette d'interrompre la transmission.

Le Dr Lepes est d'avis qu'il faut essayer toutes les méthodes et approches possibles, mais sans pour autant perdre de vue les impératifs techniques. Il est exact que la participation des collectivités permet de réduire considérablement les populations de vecteurs et d'aboutir ainsi, sinon à l'interruption générale de la transmission, tout au moins à une diminution de celle-ci dans les régions où l'intensité de l'endémo-épidémicité le permet. On ne doit donc pas oublier que, si l'objectif de l'éradication peut être envisagé avec réalisme dans certains pays, il est par contre d'autres pays où l'endémicité est telle que tout ce qu'on peut espérer c'est faire baisser la morbidité et la mortalité.

Pour ce qui est du point soulevé par le Dr Chen et le Dr Venediktov, le Dr Lepes reconnaît que si l'évaluation des programmes a été satisfaisante du point de vue technique, on n'a pas toujours pris les mesures qu'exigeait la situation.

En réponse à la question du Dr Cumming concernant la formation du personnel professionnel, Le Dr Lepes indique qu'il conviendrait de mieux préparer les paludologues à l'application des techniques d'éradication. Il faut s'efforcer de former des agents de santé publique ayant une connaissance spécialisée de tous les aspects écologiques de la maladie, c'est-à-dire les relations qui existent entre celle-ci, l'hôte humain et le vecteur; ils doivent également bien connaître les autres maladies parasitaires. Ces agents pourraient ainsi donner des avis sur les campagnes et participer à la formation du personnel sanitaire. La plupart des membres du Conseil n'ignorent sans doute pas que des cours de formation pour paludologues sont organisés en collaboration avec l'Ecole de Santé publique de Téhéran et qu'il existe des cours analogues au Mexique. Outre ces cours spécialisés, les services nationaux de santé devront continuer à préparer des personnels professionnels et auxiliaires à l'exécution des campagnes, et il sera nécessaire de renforcer la formation ad hoc. Le diagnostic et la chimiothérapie du paludisme doivent figurer au programme des études de médecine, surtout dans les pays développés.

La pharmacorésistance n'est pas limitée aux pays de la Région de l'Asie du Sud-Est; elle s'observe également dans la Région du Pacifique occidental, de même qu'en Amérique du Centrale et en Amérique du Sud. Aucune résistance à la chloroquine n'a été signalée jusqu'ici en Afrique. Parmi les mesures envisagées par l'OMS pour faire face au problème de la résistance à la chloroquine, il faut signaler, outre les recherches sur la mise au point de nouveaux antipaludiques, la distribution de nécessaires d'épreuve permettant aux services de santé nationaux des pays où cette résistance semble exister de procéder à des investigations.

Le Dr BERNARD (Sous-Directeur général) dit que toutes les vues exprimées au cours du débat seront notées et prises en considération pour l'orientation future du programme antipaludique; il remercie de leur soutien les membres du Conseil et en particulier les membres du Comité ad hoc. Il incombe certainement à l'OMS d'assumer la direction du programme antipaludique à l'échelon mondial et à l'échelon régional ainsi que d'aider les pays à formuler et à exécuter leurs programmes nationaux. De nombreux orateurs ont demandé comment l'OMS compte s'acquitter de cette tâche et quelles ressources elle peut y consacrer. Il faut avoir la franchise de reconnaître qu'au stade actuel l'OMS ne peut offrir que des principes de base et des lignes générales d'action. Il n'est pas possible pour le moment de répondre en détail sur tous les points; l'OMS est arrivée à un tournant dans son programme et s'efforce de redéfinir sa politique. Le Comité ad hoc a longuement examiné la question et ses recommandations visent à fournir au Directeur général des lignes directrices dans le cadre desquelles élaborer des propositions détaillées.

Sur le plan de la formation et de la recherche, on a davantage progressé. La recherche se poursuit activement et le Dr Lepes a indiqué les mesures prises pour promouvoir la formation de paludologues dans les Régions. C'est sur le plan des opérations qu'un problème crucial se pose et le Directeur général s'en préoccupe tout particulièrement. On peut faire beaucoup avec les moyens existants en personnels et en ressources financières. Le Comité ad hoc a recommandé que le Conseil exécutif et le Directeur général entreprennent une étude spéciale pour déterminer comment l'action antipaludique peut être organisée de manière optimale aux différents échelons opérationnels de l'OMS. Cette recommandation servira de base au redéploiement des ressources de l'OMS aux différents échelons du Siège, des Régions et des pays. Ce n'est qu'après cette réorientation que le Directeur général pourra dire au Conseil si l'on dispose de ressources suffisantes dans le budget ordinaire ou s'il faut des fonds supplémentaires. Il sera nécessaire aussi de réexaminer les priorités pour voir s'il serait possible de sacrifier certaines activités afin de consacrer davantage d'efforts et de ressources au programme antipaludique. Dans ce réexamen de la place que doit occuper le programme antipaludique dans l'ensemble des travaux de l'OMS, les Régions auront un rôle important à jouer, par l'entremise de leurs comités régionaux, en fournissant des indications sur le profil régional de la situation du paludisme et en mettant au point des solutions régionales. La réunion sur la situation du paludisme en Asie du Sud-Est qui aura lieu en avril à New Delhi est un exemple de ce qui peut être fait par les Régions.

Le Dr Jakovlevic a demandé quelles leçons peuvent être tirées du programme d'éradication de la variole. D'une façon générale, ce programme a montré l'importance de la souplesse et de l'adaptabilité. Il est impossible de pousser beaucoup plus loin l'analogie entre les deux programmes au niveau des opérations.

Pour ce qui est de la collaboration avec d'autres institutions, dont le Dr Venediktov a parlé, cette collaboration ne pourra devenir efficace que lorsque l'Organisation aura pris une décision quant à l'orientation précise à donner au programme.

D'autres problèmes ont été soulevés, notamment celui de l'intégration et celui de la participation de la communauté, qui sont du reste étroitement liés. Au stade actuel, le Dr Bernard n'est pas en mesure de donner des détails précis sur la manière dont l'intégration doit être réalisée. C'est là surtout une question d'adaptation à des situations extrêmement variées. D'une part, l'OMS ne peut pas maintenir des structures verticales pour les programmes antipaludiques; de l'autre, on ne peut s'en remettre à des services de santé de base qui ne sont pas encore complètement développés et équipés pour mener une lutte efficace contre le paludisme. Il faut chercher à trouver non pas une, mais plusieurs solutions intermédiaires permettant de déléguer davantage de responsabilités aux services de santé de base à mesure que leurs capacités augmenteront. On devra non pas remettre en question la théorie et les principes, mais plutôt développer divers modes d'action pratique dans des pays où règnent des conditions épidémiologiques et socio-économiques différentes, et c'est là ce que l'Organisation s'efforcera de faire.

En ce qui concerne la participation de la communauté, le Dr Bernard pense comme plusieurs membres du Conseil qu'elle devrait être conçue dans un sens extrêmement large afin que, lorsque

l'intégration des services sera chose faite, les communautés locales puissent appliquer elles-mêmes les mesures de lutte, sans qu'il soit nécessaire de mettre en place une lourde super-structure de services antipaludiques. Des méthodes simples pourraient être mises au point pour empêcher la reproduction des vecteurs et leur pénétration dans les maisons, méthodes qui pourraient être appliquées à l'échelon local avec la participation active de toute la communauté.

Répondant à la remarque faite par le Dr Shami, le DIRECTEUR GENERAL précise qu'il ne cherche pas à se soustraire aux critiques du Conseil. En fait, il les accueille volontiers, ainsi que toutes les observations que les membres du Conseil peuvent formuler, et il ne les considérera en aucun cas comme des attaques.

Son attitude à l'égard de l'éradication du paludisme se fonde en partie sur l'expérience qu'il a acquise à l'occasion d'une proposition antérieure tendant à ce que l'OMS entreprenne un programme d'éradication de la tuberculose. Il s'est opposé à cette proposition pour des raisons techniques; pour les mêmes raisons, il estime peu judicieux d'escompter une éradication du paludisme à l'échelle mondiale dans un laps de temps déterminé.

En matière d'intégration, il incombe à l'OMS non seulement de réaliser l'intégration des diverses composantes des soins de santé, mais encore d'intégrer les soins de santé dans le développement socio-économique général. Le Directeur général pense que la raison pour laquelle on n'a pas pu obtenir une plus large participation de la collectivité est que le personnel sanitaire n'a pas suffisamment conscience des relations entre la santé et la structure socio-économique. Un exemple concret d'échec en fait d'intégration est fourni par la résistance des vecteurs aux insecticides à laquelle il faut maintenant faire face et qui est imputable non à une carence des services de santé, mais à une utilisation inconsidérée des insecticides en agriculture.

Quelques membres du Conseil ont parlé de la nécessité de donner une plus grande impulsion au programme antipaludique. Cela ne pourra se faire tant que dans chaque Région les divers pays n'auront pas atteint un stade assez avancé pour pouvoir, sur la base de critères valables concernant leurs programmes, définir leurs besoins et demander la collaboration de l'OMS. Lorsqu'on en sera là, l'OMS devrait pouvoir prendre les mesures nécessaires dans un délai relativement court. Le Directeur général prie donc le Conseil de laisser le Secrétariat poursuivre les activités en cours jusqu'au moment où la situation dans les pays et les Régions lui donnera l'assurance que son programme antipaludique est conçu comme il convient.

Le PRESIDENT invite le Président et les membres du Comité ad hoc du Paludisme à préparer, de concert avec les Rapporteurs et le Secrétariat, un projet de résolution.

Le Dr SHAMI dit que le Comité ad hoc a présenté son rapport conformément au paragraphe 2.2 du dispositif de la résolution EB55.R37. Le Comité est maintenant à la disposition du Conseil pour préparer un projet de résolution comme l'a demandé le Président.

Le PRESIDENT remercie le Président et les membres du Comité ad hoc du travail efficace qu'ils ont accompli.

2. EXAMEN DU PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR 1976 ET 1977 (EXERCICE FINANCIER 1977) : Point 10 de l'ordre du jour (résolutions WHA26.38, WHA28.52 et WHA28.76; Actes officiels Nos 220 et 223; documents EB57/6, EB57/WP/1-7 et EB57/WP/9 et 10) (suite)

Développement de l'évaluation à l'OMS (suite de la discussion)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution révisé suivant :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur le développement de l'évaluation à l'OMS;

Réaffirmant sa conviction de la nécessité de renforcer et d'améliorer en permanence l'évaluation du programme de l'Organisation;

Reconnaissant que, pour que l'évaluation soit effective, l'Organisation doit définir des objectifs spécifiques, quantifiés lorsqu'il est possible, en particulier à l'échelon des pays et à l'échelon régional; et

Rappelant que, dans son étude organique sur les rapports entre les services techniques centraux de l'OMS et les programmes d'assistance directe aux Etats Membres, le Conseil avait insisté sur la nécessité d'intensifier la collaboration avec les Etats

Membres en vue d'une évaluation systématique de l'exécution du programme de l'Organisation et de ses répercussions sur la situation sanitaire des pays,

1. REMERCIE le Directeur général de son rapport;
2. SOUSCRIT aux propositions du Directeur général tendant à développer l'évaluation du programme à tous les niveaux d'activité de l'Organisation;
3. RECOMMANDE à tous les Etats Membres de mettre en application la nouvelle approche de l'évaluation des programmes de santé; et
4. PRIE le Directeur général de tenir compte, lorsqu'il mettra en oeuvre ses propositions, des délibérations du Conseil à sa cinquante-septième session et de tenir le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé informés de l'expérience acquise et des progrès réalisés dans le développement de l'évaluation du programme.

Décision : La résolution est adoptée.

Prévention de l'invalidité et réadaptation (suite de la discussion)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution suivant :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du Directeur général,

1. PRIE le Directeur général de faire de nouveau rapport à la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en tenant compte des discussions qui ont eu lieu au Conseil exécutif; et
2. RECOMMANDE à la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

"La Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA19.37;

Ayant examiné le rapport du Directeur général;

Considérant les importantes conséquences d'ordre médical, économique, social et psychologique qu'entraîne l'invalidité pour des millions de personnes dans l'ensemble du monde;

Reconnaissant que les services existants sont coûteux et offrent une couverture insuffisante et qu'une extension du système actuel de services n'est pas susceptible de répondre aux besoins de la plupart des pays,

1. REMERCIE le Directeur général de son rapport;
2. RECOMMANDE que la politique de l'OMS en matière de prévention de l'invalidité et de réadaptation soit orientée en vue
 - 1) de promouvoir des mesures efficaces de prévention de l'invalidité;
 - 2) d'encourager l'adoption d'approches efficaces et de technologies appropriées pour prévenir l'invalidité en intégrant la prévention de l'invalidité et la réadaptation dans les services de santé à tous les niveaux, y compris les services de santé primaires;
 - 3) de mettre l'accent sur les problèmes d'invalidité qui peuvent être résolus le plus efficacement et le plus utilement et d'une manière acceptable pour les populations; et
 - 4) d'inclure les méthodes appropriées de prévention de l'invalidité et de réadaptation dans la formation de tout le personnel de santé intéressé;
3. APPELLE l'attention des Etats Membres sur l'importance que présentent la prévention de l'invalidité et la réadaptation en tant que partie intégrante des services de santé et des services sociaux et sur la nécessité d'une collaboration entre tous les organismes qui s'occupent de la promotion de la santé, y compris les services sociaux; et
4. PRIE le Directeur général
 - a) d'encourager l'application de ces nouvelles directives; et
 - b) de rechercher la coopération d'autres organisations du système des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales pour leur mise en oeuvre."

Le Dr EHRLICH voudrait savoir si la présentation du projet de résolution à l'Assemblée de la Santé entraînerait l'adjonction d'un nouveau point à un ordre du jour déjà chargé.

Le DIRECTEUR GENERAL ADJOINT explique que la question dont traite le projet de résolution relève du point 2.5 de l'ordre du jour provisoire de l'Assemblée de la Santé (Rapports sur des questions techniques particulières) et fait l'objet du point 2.5.16.

Le Dr EHRlich se demande si l'on ne pourrait pas recommander la politique envisagée dans le projet de résolution autrement qu'en soumettant celui-ci à l'Assemblée de la Santé. Est-ce que les délibérations sur la question qui ont eu lieu au Conseil ne fournissent pas une base de travail suffisante ?

Le DIRECTEUR GENERAL ADJOINT répond qu'il appartient au Conseil d'en décider. Toutefois, l'Assemblée de la Santé voudra probablement examiner la question de la réadaptation et de l'invalidité sous tous ses aspects.

Le PRESIDENT rappelle que le Conseil a exprimé le désir, à la suite de son long débat sur la question, de soumettre à l'Assemblée de la Santé un projet de résolution à ce sujet.

Décision : La résolution est adoptée.

3. PROMOTION DES SERVICES NATIONAUX DE SANTE EN CE QUI CONCERNE LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES : Point 16 de l'ordre du jour (résolution WHA28.88; Actes officiels N° 226, annexe 15; document EB57/20)

Le Dr NEWELL (Directeur de la Division du Renforcement des Services de Santé) explique que le document EB57/20 complète l'exposé qui a été présenté à la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur la promotion des services nationaux de santé (Actes officiels N° 226, annexe 15) et donne suite à la résolution WHA28.88 en traitant de deux aspects de la question.

En premier lieu, ce document contient un bref rapport d'activité sur ce qui s'est fait depuis mai 1975. Des progrès ont été accomplis par l'OMS, par d'autres institutions internationales, par des organismes bilatéraux et par les pays. Le Siège, les bureaux régionaux et les pays considèrent le programme en question comme nettement prioritaire. On a mieux compris sa nature et ses implications, on a vu apparaître toute une série de possibilités et il a été fait des propositions dont beaucoup pourront recevoir une application pratique. Il y a un fort soutien pour ce programme de la part des institutions internationales, en particulier de celle du FISE, qui modifie son programme sanitaire global pour l'aligner sur les conceptions de l'OMS concernant les soins de santé primaires, et le personnel du FISE dans les pays reçoit déjà des renseignements détaillés et des instructions à cet égard. D'autres institutions comme le PNUD ont aussi accueilli avec enthousiasme la résolution de l'Assemblée de la Santé. Une réunion convoquée par le Directeur régional pour l'Afrique, à laquelle ont participé de nombreuses institutions de financement internationales et bilatérales, a adopté des décisions en faveur des initiatives de l'OMS concernant le développement des services de santé.

Il convient toutefois de juger des résultats d'après l'action entreprise dans les pays. Ceux-ci ont à faire face à de grandes difficultés et il faut faire preuve à cet égard de patience et de compréhension. Certains pays ont pris des décisions à l'échelon national en application de la résolution de l'Assemblée de la Santé sur les soins de santé primaires dans le cadre du processus de programmation sanitaire nationale; des pays nouvellement indépendants ont fait une place aux soins de santé primaires dans leurs premiers projets nationaux; d'autres pays ont manifesté un vif intérêt pour la question. Tout en collaborant avec les pays et en comptant sur leurs efforts, il faut comprendre que l'échelonnement des activités doit être déterminé par le pays intéressé et non par l'OMS. Si des progrès ont été accomplis, des problèmes réels restent néanmoins à résoudre : i) La phase de promotion qui précède la présentation d'une proposition nationale est coûteuse et prend du temps. On n'a pas réussi jusqu'à présent à obtenir de fonds extrabudgétaires pour cette phase, bien que des donateurs éventuels aient manifesté de l'intérêt à ce sujet. Sans argent, il y aura des retards et l'on manquera des occasions même en 1976. ii) Les liens entre les soins de santé primaires et le développement rural et national apparaissent de plus en plus clairement. Des actions ont été proposées à ce sujet, mais il reste à faire beaucoup plus encore. iii) Un tel programme implique inévitablement la nécessité d'un transfert de ressources humaines et financières d'autres programmes et d'autres projets à tous les niveaux, à l'OMS et en dehors de l'Organisation, ce qui ne va pas sans difficultés. Les problèmes qui se posent à ces trois points de vue étaient prévisibles et ils ne sont pas insolubles; l'OMS devra les résoudre rapidement.

En deuxième lieu, le document EB57/20 traite de la proposition de convocation d'une conférence internationale sur le développement des soins de santé primaires dans le cadre des services nationaux de santé. Il incombe au Conseil exécutif de faire des recommandations concernant la nécessité et la forme d'une telle conférence. Le Directeur général n'est pas persuadé que le moment soit opportun. Il estime que dans une phase de promotion et de sélection l'action devrait viser les échelons régional, sous-régional et national, et être poursuivie dans une claire conscience des problèmes des divers pays et une pleine connaissance des solutions qu'ils

peuvent y apporter actuellement. Des réunions régionales permettant des échanges de données d'expérience pourraient être utiles; une Région au moins a proposé une telle réunion. Deux réunions sous-régionales projetées en Afrique pour 1976 semblent aussi devoir constituer des étapes utiles vers des échanges sur le plan des pays. Une confrontation des expériences nationales et régionales pourrait être utile en une phase ultérieure et le Directeur général y serait favorable, mais cette phase ne devrait probablement avoir lieu que dans quelques années. Une telle réunion, si elle se tient, devrait se dérouler de préférence dans un pays du monde en voie de développement, et son financement exigerait une somme d'au moins \$500 000.

Le Ministre de la Santé d'Egypte a offert officiellement d'accueillir une telle conférence au Caire si le Conseil estime qu'elle est utile ou nécessaire. D'autres pays pourraient se proposer comme hôte, mais toute décision concernant la date et le lieu de la réunion devrait être fondée sur une étude des mesures de soutien financier. Le Directeur général a présenté deux autres suggestions qui pourront être examinées soit séparément, soit ensemble. Selon l'une de ces suggestions, on pourrait organiser des réunions régionales dont les résultats seraient communiqués au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé. L'autre suggestion serait de continuer à réunir des données d'expérience recueillies aux niveaux national et sous-national, ce qui a été commencé par une étude commune FISE/OMS dont les conclusions ont été présentées au Conseil exécutif à sa cinquante-cinquième session et à la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Les deux suggestions pourraient être prises en considération.

Avant toute action à ce sujet, le Directeur général souhaiterait recevoir des instructions du Conseil. Si le Conseil est persuadé qu'il convient d'organiser une conférence internationale en 1977, le Directeur général serait heureux de recevoir des avis sur la manière de choisir le pays hôte, de trouver des sources de financement et d'élaborer un projet d'ordre du jour. Le Secrétariat pourrait traiter ces questions directement avec les gouvernements, conjointement avec un comité spécial du Conseil, ou de quelque autre manière. Avant de passer aux questions de procédure, le Conseil pourrait examiner le point de départ, c'est-à-dire la nécessité de tenir une telle conférence en 1977 et les avantages et les inconvénients qu'il y aurait à le faire.

Le Dr VENEDIKTOV déclare attacher une grande importance à la question en discussion, mais est surpris de la manière dont elle est présentée. Vu les directives très claires données dans la résolution WHA28.88, il ne comprend pas qu'on puisse maintenant mettre en doute l'opportunité d'organiser la conférence. Quand il a informé le Conseil de l'invitation reçue du Ministre de la Santé d'Egypte, le Dr Newell a omis de dire que le Directeur général a aussi reçu du Gouvernement de l'URSS une lettre proposant que la conférence se tienne en 1977 dans l'une quelconque des républiques de l'Union soviétique et indiquant que le Gouvernement est prêt à fournir une contribution financière substantielle, en particulier pour couvrir les frais des participants venant de pays en voie de développement. La réunion d'une telle conférence est extrêmement importante et, quoiqu'elle ne puisse probablement pas être organisée avant l'été de 1977, il ne convient pas de la retarder plus longtemps qu'il n'est indispensable; d'ici là, plusieurs années se seront écoulées depuis que l'OMS a assigné le plus haut rang de priorité à l'organisation des soins de santé primaires dans les pays en voie de développement.

La question a été soulevée pour la première fois à la cinquante-cinquième session du Conseil exécutif dans un rapport du Directeur général. Un groupe de travail a ensuite examiné en détail toutes les questions pertinentes et le Conseil en a discuté. L'Assemblée de la Santé a eu par la suite un débat animé sur ce que sont les soins de santé primaires, la manière de les développer, le rôle que les diverses catégories de travailleurs sanitaires doivent y jouer et les rapports des soins de santé primaires avec les services nationaux de santé; elle a adopté ensuite la résolution WHA28.88 où elle a reconnu que les soins de santé primaires sont le premier point de contact des individus avec le système national de santé et où elle a souligné l'importance de la formation de diverses catégories de personnel en vue des soins de santé primaires. En outre, l'Organisation a fait paraître une publication décrivant les soins de santé primaires dans six pays. Tel est l'ensemble des informations sur l'interprétation que donne l'OMS de ce que sont les soins de santé primaires.

On a dit que d'ici l'an 2000 un niveau maximal de protection médicale devrait être assuré dans tous les pays, mais on ne voit toujours pas clairement ce que l'OMS compte faire quant au problème des soins de santé primaires. Bien des opinions ont été exprimées, mais un choix net reste à faire. Il convient que l'OMS prenne l'initiative de cet imposant programme, mais il faut d'abord le définir clairement. Il ne faut pas oublier qu'il importe que des soins médicaux soient assurés dans le monde entier dans un délai aussi court que possible.

On a souligné l'importance du rôle de l'OMS à cet égard, en particulier pour ce qui est des zones rurales et des bidonvilles dans les pays en voie de développement. La propagande et les résolutions ne suffisent pas. Ce qu'il faut, c'est un document définissant une stratégie

pour l'action à entreprendre dans les cinq ou dix prochaines années. Beaucoup de pays ont acquis une utile expérience à cet égard : des approches intéressantes ont été pratiquées, par exemple, dans des pays d'Amérique latine, d'Asie et d'Europe. Le Dr Venediktov a été impressionné par ce qu'il a vu en Algérie et il a lu ce qui a été fait en République-Unie de Tanzanie et dans d'autres pays. C'est un problème complexe et il importe d'étudier différentes manières de le résoudre. Il ne suffit pas d'envoyer un nouveau groupe d'experts dans quelques pays et de publier un nouveau livre, ni de tenir des réunions communes d'experts de l'OMS et du FISE, quelque qualifiés qu'ils soient. Les auteurs d'un ouvrage sur la santé et les pays en voie de développement, publié il y a quelques années par la Fondation Rockefeller, ont écrit qu'ils n'avaient pas pu, faute de temps, aller dans certains pays, dont l'Union soviétique et la Chine; ce livre ne montrait pas ce qu'est l'esprit des soins de santé primaires. Même le cinquième rapport sur la situation sanitaire dans le monde n'a pas fourni de données sur la mortalité ou la morbidité en Afrique. D'une manière générale, on n'a que des renseignements insuffisants sur les difficultés et les besoins des pays en voie de développement.

Il est indispensable de tenir la conférence envisagée, où tous les pays et toutes les organisations pourront faire connaître leurs opinions. A ceux qui disent que cette conférence serait coûteuse et peut-être sans résultat, on peut répondre que beaucoup de conférences sont coûteuses et pas toujours très efficaces, ce qui n'empêche que des centaines de congrès et symposiums scientifiques se tiennent tous les ans dans le monde entier sans que personne en conteste l'utilité.

Le Dr Venediktov vient seulement d'avoir connaissance de l'invitation du Gouvernement égyptien; pour sa part, le Gouvernement de l'URSS a pris l'initiative de faire son invitation en l'absence de tout renseignement concernant d'autres pays hôtes éventuels. Il l'a faite par désir de fournir aux participants la possibilité d'exposer leur opinion sur le développement des soins de santé primaires. Peu importe que la conférence ne formule pas de recommandations : ce qui compte, c'est que les échanges de vues soient consignés à l'intention de tous les intéressés. Le Gouvernement soviétique est prêt à montrer aux participants ce qui a été fait en Union soviétique depuis cinquante ans. Des exemples intéressants et variés peuvent en être donnés dans plusieurs des républiques de l'Union. Les donateurs et les représentants d'organismes d'aide bénévole seront les bienvenus, mais leurs frais seront à leur charge. Le Gouvernement soviétique est disposé à financer l'organisation de la conférence jusqu'à concurrence d'environ les deux tiers de la somme mentionnée (le détail pourrait en être discuté immédiatement ou dans un avenir très proche). Il serait également disposé à recevoir un comité de membres du Conseil s'il était jugé utile d'examiner les conditions de la tenue d'une telle conférence en URSS, mais il faudrait d'abord prendre une décision ferme sur le principe même de la réunion. On n'a pas l'intention de se servir de la conférence comme d'une tribune de propagande, ni d'imposer à d'autres les réalisations de l'Union soviétique.

Compte tenu de l'expérience faite dans le domaine du paludisme, il paraît essentiel d'élaborer des directives précises. La question devra être étudiée par toutes les divisions compétentes de l'OMS, en particulier par celles qui s'occupent du programme élargi de vaccination et du développement des personnels de santé. La conférence pourrait constituer une contribution importante à la stratégie de l'Organisation. Il ne reste que 25 ans d'ici l'an 2000 et les objectifs définis par le Directeur général ne pourront être atteints qu'à condition que tous les intéressés y travaillent énergiquement.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare qu'il est bien certain que toute résolution de l'Assemblée de la Santé a force impérative pour le Secrétariat. Si la question en discussion a été présentée d'une façon qui a pu induire en erreur, il en fait ses excuses au Dr Venediktov. Cela est probablement dû au fait que, dans sa résolution, l'Assemblée de la Santé a jugé souhaitable la tenue d'une conférence. Ce que le Directeur général a voulu dire, c'est que le Conseil devait examiner quel serait le moment le plus approprié pour réunir la conférence et qu'il pourrait être utile, avant qu'elle soit réunie, de sensibiliser à ce sujet les Régions et les pays.

Lorsqu'une décision aura été prise quant à la date et au lieu de la conférence, tout le possible sera fait pour qu'elle soit couronnée de succès. Il faut s'attendre à recevoir plusieurs invitations et il sera difficile au Directeur général de prendre une décision. Il aimerait que le Conseil l'autorise à inviter un petit groupe de ses membres à se réunir à Genève en mars, c'est-à-dire quand il se serait écoulé un laps de temps raisonnable pour la réception d'éventuelles invitations afin de lui fournir tous critères nécessaires en vue des négociations. On pourrait ensuite recueillir auprès des pays hôtes éventuels les renseignements utiles qui permettraient de choisir définitivement le lieu de la conférence. La question pourrait alors être soumise au Conseil à sa prochaine session, en mai.

Il regrette profondément que le Dr Newell n'ait pas mentionné l'invitation que le Directeur général a reçue personnellement du Gouvernement de l'URSS quelques jours plus tôt. En fait, l'URSS a formulé une invitation très généreuse et offert de prendre des dispositions extrêmement souples et de prendre à sa charge tous les frais locaux, non seulement en ce qui concerne le côté administratif de la conférence, mais aussi tous déplacements à l'intérieur du pays que les participants seraient dans la nécessité d'effectuer.

Le Dr VENEDIKTOV demande si l'on peut vraiment estimer que depuis la dernière Assemblée de la Santé il ne s'est pas écoulé assez de temps pour qu'on ait pu recevoir toutes les invitations qu'il était possible d'attendre et que celles qui ont été reçues ne suffisent pas pour que l'on fasse immédiatement un choix.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare qu'il n'hésitera pas à clore la liste des pays hôtes éventuels si le Conseil en décide ainsi. Le comité restreint dont il a suggéré la constitution pourrait se réunir durant la session en cours et lui donner des avis sur la meilleure marche à suivre.

La séance est levée à 12 h.35.

* * *