



CONSEIL EXECUTIF

Quatre-vingt-quatrième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DEUXIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Lundi 22 mai 1989, 14 h 30

PRESIDENT : Dr S. TAPA

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Rapports sur les réunions de comités d'experts et de groupes d'étude (suite)	2
2. Rapport du Comité mixte FISE/OMS des Directives sanitaires sur sa vingt-septième session	12

Note

Le présent procès-verbal n'est que 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 être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, avant le 3 juillet 1989.

Le texte définitif sera publié ultérieurement dans : Conseil exécutif, quatre-vingt-quatrième session : Résolutions et décisions; Annexes; Procès-verbaux (document EB84/1989/REC/1).

DEUXIEME SEANCE

Lundi 22 mai 1989, 14 h 30Président : Dr S. TAPA

1. RAPPORTS SUR LES REUNIONS DE COMITES D'EXPERTS ET DE GROUPES D'ETUDE : Point 5 de l'ordre du jour (document EB84/2) (suite)

La gestion des ressources humaines pour la santé (Série de Rapports techniques de l'OMS, N° 783)

Le Dr RODRIGUES CABRAL juge que le rapport est particulièrement opportun et approprié car tous les responsables de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous sont confrontés au problème de la gestion de ressources qui représentent 60 à 80 % du budget des services de santé. Le rapport du Directeur général (document EB84/2, section 4.4) constate que de nombreux pays en développement ont jusqu'ici réservé le plus gros de leur attention à la formation du personnel et aux capacités pédagogiques, mais il est devenu essentiel de mettre l'accent sur la gestion des personnels. Le rapport traite aussi des difficultés auxquelles on peut s'attendre et de la manière dont on pourrait répondre aux futurs besoins malgré les contraintes économiques.

Le Dr Rodrigues Cabral tient particulièrement à féliciter le Comité d'experts pour la section 6 du rapport technique, consacrée aux stratégies à appliquer pour améliorer la gestion des personnels de santé et qui précise les points à prendre en considération. Il pense que, dans les années à venir, l'OMS elle-même et le personnel technique national trouveront ces stratégies très utiles pour la formation de nouvelles compétences. Un travail important a déjà été accompli, au titre de l'appui technique de l'OMS aux pays en développement, pour l'identification des domaines stratégiques.

En ce qui concerne le rôle de l'OMS pour améliorer la gestion des ressources humaines, il voudrait insister sur l'importance de la collaboration avec les autres institutions internationales; la Banque mondiale par exemple intervient en cette matière.

Le Professeur MEDINA SANDINO recommande le rapport à toutes les personnes qui s'occupent de la gestion des personnels de santé; ces personnels sont en effet la ressource la plus précieuse des Etats Membres dans leur action en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. On voit souvent dans les agents de santé les fournisseurs de services plutôt que les personnes; or, il est indispensable de tenir compte non seulement de leurs prestations professionnelles et techniques mais aussi de leurs aspirations, de leurs contacts avec leurs collègues de travail et la collectivité, et de la nécessité de répondre à leurs besoins particuliers. Le rapport dont le Conseil est saisi devrait être étudié par tous les responsables de la gestion des agents de santé.

Une caractéristique des services de santé est que les personnels sanitaires de tous niveaux ont d'autres personnes à prendre en charge. Il est très facile de se concentrer sur les services techniques en négligeant la contribution des autres travailleurs du secteur sanitaire et l'importance de leur formation. Le rapport analyse les principaux problèmes dans ce domaine et les différentes méthodes de gestion des personnels appliquées dans divers systèmes de santé. Dans bien des cas, l'effort accompli pour former le personnel ne produit pas ses fruits parce que l'on n'a pas songé à la continuité, ni à la satisfaction des besoins de ces personnels après leur intégration dans la vie professionnelle.

La stratégie proposée pour améliorer la gestion des personnels de santé dans le cadre du développement général des services paraît des plus adéquate. L'agent de santé ne peut être séparé du système dans lequel il exerce. La définition de la gestion des personnels de santé donnée dans le rapport (section 3.1), comportant mobilisation, motivation, développement et accomplissement, doit être constamment gardée à l'esprit. Les stratégies proposées pourraient être adoptées non seulement par les Etats Membres mais aussi par l'Organisation elle-même pour la gestion des personnels de santé à l'échelon mondial et dans les Régions.

Trois des recommandations présentées à la section 8 du rapport sont particulièrement importantes. Premièrement, des recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les besoins, les attentes et les méthodes des agents de santé dans divers systèmes sanitaires. Deuxièmement, les agents de santé de tous niveaux doivent participer à la formulation des objectifs, à la planification, et à l'évaluation des tâches terminées. Troisièmement, la collectivité doit être associée à la gestion des personnels de santé, donner des indications, fixer des limites et exprimer ses opinions aux agents de santé qui la desservent. Cette union des efforts en vue d'atteindre les objectifs souhaités améliorerait le travail.

Le Dr WILLIAMS estime que le rapport fournit une analyse critique opportune des problèmes de gestion des ressources humaines, dans les pays développés comme dans les pays sous-développés. Des effectifs suffisants d'agents de santé adéquats sont indispensables à la réalisation du but de la santé pour tous. Beaucoup de pays connaissent un recul du niveau de vie des agents de santé, de sorte que les meilleurs d'entre eux quittent le secteur de la santé ou émigrent vers d'autres pays où les salaires sont plus élevés. Il ne sert à rien de former des agents s'ils doivent ensuite quitter le secteur sanitaire en raison de la médiocrité de leur rétribution.

Le Professeur SANTOS pense lui aussi que le rapport du Comité d'experts offre des directives utiles aux Etats Membres. Comme le soulignent ses paragraphes d'introduction et les observations du Directeur général concernant son importance pour les programmes de l'OMS (section 4.1 de son rapport), de nombreux pays ont maintenant atteint leurs objectifs en matière de formation des personnels mais ils n'accordent pas encore suffisamment d'attention à leur gestion. Le rapport du Comité d'experts souligne la corrélation qui existe entre les problèmes de gestion des ressources humaines et les problèmes de soins de santé primaires. Ces deux domaines sont si étroitement liés qu'il est difficile de les envisager séparément : les responsables de la gestion des ressources humaines doivent orienter leur action vers les soins de santé primaires et les personnes qui s'emploient à appliquer les politiques de la santé pour tous et des soins de santé primaires, en particulier au niveau du district, doivent accorder l'attention nécessaire à la gestion des ressources humaines.

Le Dr NTABA partage l'avis des orateurs précédents sur la valeur du rapport. La bonne gestion des ressources est un thème souvent discuté, mais les efforts de développement des ressources humaines n'ont pas toujours été assortis d'une amélioration de leur gestion. Le rapport mérite d'être largement distribué.

La gestion des ressources humaines pour la santé ne se borne pas au secteur sanitaire; le rapport insiste sur la nécessité de la collaboration intersectorielle et de la participation des collectivités. Les stratégies et recommandations présentées mettent en relief les ressources humaines présentes dans les collectivités qui pourraient apporter une aide considérable au secteur de la santé mais sont souvent négligées.

Le Dr MUGITANI dit que le rapport indique clairement l'objet et le champ de la gestion des ressources humaines, et énumère diverses approches et stratégies pour l'améliorer, mais l'essentiel est que ses conclusions se traduisent concrètement dans les activités de programme appuyant les administrations sanitaires nationales. Un atelier sur ce thème a notamment eu lieu à Sydney (Australie) en février 1989, initiative opportune dont il tient à féliciter le Directeur régional. Les questions impliquées dans la gestion des ressources humaines couvrent un large éventail de disciplines; il présume que les unités OMS de tous niveaux travailleront ensemble à la solution des problèmes posés. Enfin, certains délégués auprès de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé se sont déclarés préoccupés par le sous-financement des programmes relatifs au développement des ressources humaines. Il espère quant à lui qu'il sera fait un usage approprié des ressources existantes de l'OMS et que l'on explorera la possibilité d'obtenir des crédits extérieurs.

Techniques de diagnostic appropriées dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires (OMS, Série de Rapports techniques, N° 772)

Le Professeur BORGONO déclare qu'un rapport sur les techniques de diagnostic est d'autant plus précieux que nombre de ses recommandations s'appliquent à la prise en charge non seulement des maladies cardio-vasculaires mais aussi d'autres maladies. Les conclusions

et les recommandations sont réalistes et particulièrement indiquées pour les pays en développement puisqu'elles visent à l'utilisation efficace des ressources sanitaires d'un point de vue économique et financier.

Le Comité d'experts, à la recommandation (4), section 6 de son rapport, souligne l'importance d'un système efficace d'orientation/recours. Avec un tel système, il n'est plus nécessaire de fournir un équipement coûteux que souvent le personnel n'est pas à même d'utiliser ou d'entretenir et qui est rapidement dépassé. Il estime que l'accent doit être particulièrement mis sur les systèmes d'orientation/recours puisque cela permettrait aux systèmes de santé d'utiliser leurs ressources plus efficacement.

Surveillance et évaluation de la santé bucco-dentaire (OMS, Série de Rapports techniques, N° 782)

Le Dr LIEBESWAR fait observer que le rapport décrit l'une des nombreuses manières dont l'OMS appuie les Etats Membres au niveau national. Plusieurs pays qui, dans d'autres domaines, ont un système de santé bien développé, continuent encore de négliger la santé bucco-dentaire; cela est d'autant plus vrai pour les pays qui n'ont pas de service de santé national. Dans ces pays, les dentistes font souvent partie des professionnels de la santé les plus aisés, et l'abandon de leur clientèle privée au profit du ministère de la santé entraînerait une baisse spectaculaire de leur revenu. Il cite l'exemple du pays qu'il connaît le mieux et dont le Gouvernement, pendant plus de 40 ans, s'est efforcé en vain de nommer un responsable de la santé publique qualifié dans ce domaine. Cet état de choses prive les dentistes d'une opportunité unique : celle de convaincre le grand public des avantages d'un traitement préventif. Toute campagne en faveur de la santé bucco-dentaire nécessite un système de surveillance universel, et dont un modèle est décrit dans le rapport. Il convient également de rappeler les liens existant entre la médecine dentaire et d'autres disciplines : souvent les dentistes sont les premiers à reconnaître les premiers symptômes du SIDA, comme la maladie de Kaposi ou les mycoses.

Il se félicite de la souplesse et de la simplicité de l'assistance fournie par l'OMS aux autorités sanitaires nationales, et se réfère notamment à une conférence sur la santé bucco-dentaire tenue à Vienne en 1988. C'est en effet plus par ce type d'activités que par certains événements comme l'Assemblée mondiale de la Santé, que le travail de l'OMS prend toute sa valeur.

Le Professeur KALLINGS dit que la santé bucco-dentaire est souvent dissociée du reste du système de santé. Le rapport, qui adopte une approche très intéressante en traitant de la santé bucco-dentaire du point de vue des soins de santé primaires, montre comment celle-ci pourrait être intégrée dans un système de santé. Il faudrait continuer à mettre à l'épreuve des systèmes comme le modèle de soins bucco-dentaires communautaires appliqué en Thaïlande et décrit dans le rapport.

Le Professeur COLOMBINI déclare qu'il a particulièrement apprécié deux des rapports techniques qui ont été présentés au Conseil - le présent rapport sur la santé bucco-dentaire et celui sur l'amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires - car ils tiennent compte d'un point de la Déclaration d'Alma-Ata qui, à ses yeux, est souvent négligé : les niveaux supérieurs des systèmes de santé ne doivent pas seulement être des éléments de recours mais aussi des éléments d'orientation.

Evaluation de certains additifs alimentaires et contaminants : trente-troisième rapport du Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires (OMS, Série de Rapports techniques, N° 776)

Le Dr MOHITH félicite le Comité d'experts de son rapport fort utile. Préserver l'innocuité des aliments est un problème de santé publique universel. Si les Etats Membres sont tous concernés par ce problème, seuls quelques-uns disposent des moyens appropriés pour évaluer les dangers liés à la présence de substances chimiques dans les aliments. L'évaluation de certains additifs alimentaires et contaminants ainsi que l'établissement de doses journalières sont une source d'information précieuse pour les autorités nationales qui mettent ainsi à jour leur législation sur l'innocuité des aliments. Le Comité d'experts doit être encouragé et appuyé dans ses activités.

Le Dr CABA-MARTIN, notant que trois réunions du Comité mixte FAO/OMS des Additifs alimentaires doivent se tenir au cours du prochain biennium, souhaite apporter quelques observations sur le rapport dont est saisi le Conseil. Selon lui, les aliments ne sont pas plus dangereux aujourd'hui que dans le passé, encore qu'un certain nombre d'éléments nouveaux soient apparus. La relation entre l'aluminium et la maladie d'Alzheimer, par exemple, a fait l'objet de débats considérables. Certains tentent de prouver que le fluorure ajouté à l'eau potable libère l'aluminium contenu dans les ustensiles de cuisine en métal. Certes, les résultats concluants font encore défaut, mais il importe de garder cela présent à l'esprit lors de prochaines études. La présence prouvée de mycotoxines dans certains fruits secs constitue un autre risque. Il a également été démontré que le chlore servant à blanchir les cartons contenant le lait ou d'autres liquides risquait de provoquer la formation de dioxines qui pourraient ensuite se mélanger aux liquides et constituer ainsi une menace pour la santé. Du fait de la formation réduite de ces dioxines, le risque qu'elles représentent n'a pas pu être pleinement établi, mais il n'en demeure pas moins qu'il est important que les producteurs soient conscients de ce problème et qu'ils mettent au point d'autres méthodes de décoloration. Mais les dangers les plus grands proviennent peut-être de l'emploi de pesticides qui, bien qu'étant interdits, continuent d'être utilisés pour les fruits, les légumes et autres aliments; dans certains pays, comme le sien, et dans d'autres pays plus développés, les producteurs ne respectent pas toujours les normes fixées pour l'emploi de pesticides. L'usage d'anabolisants hormonaux a été largement couvert par les médias. Bien que frappés d'interdiction, ces anabolisants continuent d'être utilisés dans de nombreux pays. Les données dont on dispose semblent indiquer que le risque qu'ils représentent pour la santé n'est que léger et que l'inquiétude suscitée répondait plus à des considérations éthiques, voire politiques, que scientifiques. Leur emploi, même illicite, ne constitue pas un problème de santé publique étant donné qu'il faudrait pour cela que les consommateurs ingèrent précisément la partie de la viande ayant reçu l'injection d'anabolisants. Selon une étude réalisée aux Pays-Bas, les risques, même pour un gros mangeur de viande, d'ingérer une dose d'anabolisants une fois dans sa vie sont inférieurs à 5 %.

M. KUROKAWA (suppléant du Dr Mugitani) rappelle, comme le Directeur général l'avait clairement fait remarquer dans son rapport à la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, que l'OMS a un rôle des plus importants à jouer dans l'amélioration de l'hygiène du milieu. Il se joint au Dr Mohith pour se féliciter de la qualité du rapport examiné.

Il est écrit à la page 31 que la présence de protéines de faible masse moléculaire dans l'urine, qui se manifeste à la suite d'une exposition chronique au cadmium, ne s'accompagne d'aucun changement histologique particulier et que sa signification pathologique est incertaine. Pourtant, la phrase suivante indique que cette forme de protéinurie peut servir d'indicateur du seuil à partir duquel des effets toxiques sont possibles. Les lecteurs risquent de se demander comment quelque chose qui ne s'accompagne d'aucun changement histologique particulier peut servir d'indicateur. En outre, le paragraphe suivant indique que l'on dispose de peu de données sur les concentrations critiques pour la population (PCC) qui pourraient servir de base à une évaluation. Et il est dit plus loin que la PCC₁₀ ne peut naturellement pas être considérée comme une dose sans effet. De nouveau, le lecteur est placé devant une ambiguïté.

Ces difficultés sont peut-être dues au nombre d'estimations qui ont servi à l'étude. Ce type de rapport vise essentiellement à fournir des informations scientifiques valables. Il ne semble donc pas indiqué d'inclure des estimations alors que d'autres études sont requises. L'OMS doit adopter une approche prudente pour que son travail ait une solide base scientifique.

Le Professeur SANTOS déclare que le rapport contient de nombreuses informations importantes et qu'il fait d'autant plus autorité que ces informations proviennent d'éminents experts qui les ont approuvées. Il est regrettable que ces informations n'aient pas été présentées aussi bien qu'elles auraient dû l'être : une confusion s'est en effet produite entre la présentation des propositions visant à revoir certains principes généraux et la présentation des évaluations d'additifs alimentaires et contaminants spécifiques. Si les membres du Conseil qui assistent à la réunion ont, eux, la possibilité de pouvoir demander des éclaircissements sur certains points, le lecteur, lui, n'a pas ce privilège. Il semble qu'il conviendrait mieux de faire figurer l'introduction et les considérations générales (sections 1 et 2) dans une publication comprenant d'autres orientations et lignes

directrices générales, fondamentales pour l'évaluation toxicologique des composés, et de publier séparément, sous forme condensée, l'étude des additifs alimentaires spécifiques, en insistant sur leurs propriétés. Les changements de principes généraux devraient porter sur les substances examinées, ce qui ne semble pas être toujours le cas dans le rapport examiné.

Le Dr LIEBESWAR, partageant les idées du Dr Caba-Martin, appelle l'attention sur certaines questions non résolues concernant la relation entre l'aluminium et la maladie d'Alzheimer. Il serait utile de réunir toxicologues et pharmacologues afin de voir, en fonction des données disponibles, s'il convient d'interdire les anti-acides contenant de l'hydroxide d'aluminium. Selon lui, il est probable que l'emploi de ces anti-acides est responsable d'une fixation de l'aluminium beaucoup plus importante que celle provoquée par l'utilisation de poêles ou de casseroles contenant ce métal.

Le Dr HERRMAN (Division de l'Hygiène du Milieu), répondant à la question de M. Kurokawa à propos de l'évaluation de cadmium, dit que le Comité d'experts a utilisé l'expression "concentration critique dans la population (PCG)" afin d'attirer l'attention sur la variété des réactions humaines par rapport à l'accumulation élevée de cadmium dans les reins. De l'avis du Comité d'experts, ces termes de statistique conviennent mieux pour présenter l'information que "niveau sans effet" en tant que tel. L'expression "protéines de faible masse moléculaire dans l'urine", utilisée pour mesurer la concentration critique de cadmium, car c'est un paramètre qui peut être mesuré facilement, indique que les concentrations de cadmium observées sont suffisantes pour entraîner une dysfonction rénale. C'est ainsi que même si en soi la présence de protéines de faible masse moléculaire dans l'urine n'est pas associée à des effets indésirables, elle traduit néanmoins des concentrations de cadmium susceptibles de provoquer des lésions. Le Comité d'experts convient que les données disponibles sur le cadmium ne sont pas suffisantes pour indiquer de façon formelle les degrés de concentration ne présentant pas de danger pour la santé.

Il convient que le rapport peut paraître quelque peu déroutant pour ceux qui le voient pour la première fois et qui le lisent sans se référer aux autres rapports du Comité d'experts. A ce sujet, les observations du Professeur Santos seront prises en compte lors de l'élaboration de rapports ultérieurs. Le contenu du rapport repose sur l'ordre du jour du Comité d'experts, et les observations générales qui figurent dans les deux premières sections (pages 7-14) se réfèrent, pour l'essentiel, aux composés spécifiques évalués.

Il se félicite de l'approbation du rapport par le Conseil.

Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance : vingt-cinquième rapport (OMS, Série de Rapports techniques, N° 775)

Le Dr HYZLER (suppléant de Sir Donald Acheson), se référant à la pratique consistant à examiner de nombreuses catégories de substances, demande qu'une approche plus objective soit adoptée lorsqu'il s'agit de sélectionner les substances à examiner, en voyant en particulier si cet examen est justifié au regard de la situation internationale et si un problème de santé publique existe. En février 1989, le groupe de travail pour la planification du programme a recommandé que la sélection des substances reposent sur deux critères : qu'elles soient psychotropes et potentiellement dépendogènes; et qu'elles entraînent des problèmes de santé publique et sociaux importants dans plus d'un pays. Le rapport examiné comporte, au nombre des substances étudiées, le bromisoval, un hypnotique non barbiturique à action sédatrice qui appartient à la même classe que le carbromal. Etait-ce justifié d'examiner un médicament dépassé alors que son analogue, le carbromal, largement disponible, n'a fait l'objet d'aucune recommandation pour être réglementé et n'a donné lieu à aucun rapport récent sur sa consommation abusive ? En outre, le rapport indique à propos d'une autre substance examinée, la clonidine, qu'elle ne ressemble à aucune substance psychoactive connue réglementée au titre des deux conventions. Comment ce médicament - largement utilisé comme anti-hypertenseur et contre les migraines - a été sélectionné comme substance psychotrope n'est pas très clair. Il n'a naturellement fait l'objet d'aucune recommandation pour être réglementé; son examen se justifiait-il vraiment ?

Le Comité d'experts avait recommandé l'établissement de principes directeurs pour le réexamen des substances déjà placées sous contrôle, et dont le besoin s'était fait particulièrement sentir lorsqu'il a été récemment proposé de réexaminer les 33 benzodiazépines réglementées en 1984. La logique voudrait que l'on s'entende d'abord sur les principes directeurs qui régiront l'examen des substances déjà réglementées avant d'entreprendre le réexamen des benzodiazépines. Est-ce bien là l'intention de l'OMS ?

Le Professeur KALLINGS, reconnaissant l'importance du rapport, se félicite de l'intérêt que le Directeur général porte sur ce sujet et dont témoigne le rapport, pour ne citer que lui.

Il est consternant de voir que la consommation licite annuelle de méthaqualone représente environ 20 tonnes et qu'elle se répartit entre 33 pays. Le Comité d'experts recommande au Directeur général de demander instamment aux Etats Membres d'arrêter la production de méthaqualone, d'en interdire l'importation et l'exportation et de mettre fin à l'emploi de méthaqualone à des fins médicales. Où en est la situation aujourd'hui ? Quelles sont les mesures prises ? Quelles sont les réactions des Etats Membres ?

Il approuve la recommandation du Comité d'experts selon laquelle l'OMS doit poursuivre l'élaboration des méthodes nécessaires pour réunir les données essentielles sur l'emploi des substances psychoactives. Ce type de renseignements est particulièrement important en raison de l'utilisation abusive et dissimulée qu'il est fait, à grande échelle, de substances psychoactives licites, souvent conjuguée avec de l'alcool. Cette recommandation a-t-elle été suivie d'effet ?

Le Dr KHAN (Psychotropes et Stupéfiants) dit que la liste des substances inscrites à l'ordre du jour du Comité d'experts a été établie par le groupe de travail pour la planification du programme, compte tenu des résolutions de la Commission des Stupéfiants de l'ONU. A l'exception des benzodiazépines, toutes les classes de médicaments que la Commission avait demandé à l'OMS d'examiner sont maintenant couvertes.

Suite aux recommandations formulées lors de deux réunions tenues en 1989, le Directeur général étudie actuellement les moyens de rendre les procédures de sélection plus efficaces. Un rapport sur cette question devrait être présenté à la quatre-vingt-cinquième session du Conseil exécutif.

Répondant au Professeur Kallings, il ajoute que le Comité d'experts n'a pas souhaité inscrire la méthaqualone au tableau I aux termes de la Convention sur les substances psychotropes, mais qu'il a demandé instamment au Directeur général d'intervenir auprès des 33 pays où le produit est encore disponible licitement. Le Directeur général a écrit à ces pays et tous sauf un ont fait savoir qu'ils avaient déjà retiré la méthaqualone du marché ou qu'ils étaient sur le point de le faire. Seul, un pays a indiqué qu'il ne serait pas en mesure de le faire.

Il affirme au Professeur Kallings que la coordination sur les questions d'utilisation de médicaments est très rigoureuse au sein de l'Organisation. Lors d'une réunion qui se tiendra en juin 1989 à Amsterdam, une plus grande attention sera apportée aux études sur l'utilisation de psychotropes et de stupéfiants.

Le Dr LIEBESWAR déclare que le choix des substances à examiner semble être maintenant la responsabilité de la Commission des Stupéfiants de l'ONU. Il y aurait peut-être lieu d'indiquer à la Commission que son succès ne se mesure pas seulement au nombre de produits qu'elle réglemente au titre de l'un ou de l'autre des traités. Cette approche est trop simpliste.

La lutte contre le tabagisme sans fumée : rapport d'un Comité d'experts de l'OMS (OMS, Série de Rapports techniques, N° 773)

Le Dr HYZLER (suppléant de Sir Donald Acheson) félicite les membres du groupe d'étude de la qualité du rapport qui contribue à mieux faire comprendre cette question et donne une perspective internationale fort utile. Le rapport traduit avec précision la dimension internationale du problème, en soulignant avec pertinence qu'une action internationale s'impose pour combattre ce danger universel. L'OMS a un rôle de premier plan à jouer pour protéger les enfants et les jeunes des générations présentes et à venir des graves dangers que présente le tabagisme sans fumée. L'Organisation s'est vue attribuer le mandat, clair et sans équivoque, de tout mettre en oeuvre pour combattre l'usage de tabac sous toutes ses formes. Ainsi que le rapport l'indique clairement avec force détails, faute d'agir immédiatement, c'est par dizaines de millions que l'on comptera le nombre d'enfants dépendants de la nicotine, et les progrès réalisés dans la lutte contre cette épidémie seront réduits à néant. Il ne faut pas que cela se produise. Les recommandations du groupe d'étude en ce qui concerne l'action au niveau international doivent être suivies d'effet, notamment la recommandation selon laquelle l'OMS doit mettre en place des programmes appropriés pour lutter contre le tabagisme sans fumée dans le cadre de son programme global "Tabac ou Santé". Il est conscient que des mesures sont déjà prises dans ce domaine.

Le rapport énumère les dispositions louables prises par un certain nombre de pays pour interdire le tabagisme sans fumée. Le Gouvernement du Royaume-Uni et d'Irlande du Nord, ayant déjà proposé l'interdiction du tabac à priser, examine maintenant les résultats des consultations ayant eu lieu à propos de cette proposition.

Le Dr NTABA, se félicitant du rapport, est surpris d'apprendre combien le tabagisme sans fumée est répandu qu'il s'agisse des pays industrialisés ou des pays en développement. Il est très préoccupant de constater que la réduction du tabagisme à la cigarette, enregistrée dans les pays industrialisés, risque d'être annulée par la plus grande utilisation des produits à consommer sans fumée. Dans le rapport, les programmes d'information et d'éducation à l'intention des consommateurs sont parties intégrantes des stratégies nationales de lutte antitabagique. Ainsi que l'indique le deuxième paragraphe de la section 5.5.3 du rapport, l'information destinée à des groupes cibles - leaders d'opinion, hommes politiques et autres décideurs - doit être rigoureuse, à jour, convaincante et émaner de sources faisant autorité. Il appelle l'attention sur le fait que l'observation scientifique montre que le tabagisme sans fumée provoque des cancers chez l'homme (trois premières lignes de la section 3.1), sur les conséquences biochimiques de l'utilisation du tabac (huit premières lignes de la section 2.3), sur les épreuves biologiques de cancérogénicité (premier paragraphe de la section 2.4), sur le fait que le tabac à consommer sans fumée est une importante cause de morbidité (première phrase de la section 5.1), et sur les dangers que le tabac représente pour la santé (quatrième paragraphe de la section 5.4). Toutes ces constatations sont exactes et en accord avec le programme "Tabac ou Santé" de l'Organisation; toutefois le rapport n'indique apparemment rien qui puisse étayer ces conclusions, notamment en ce qui concerne les informations biochimiques de la section 2.3. Le rapport indique par ailleurs que l'augmentation du tabagisme sans fumée dans les pays industrialisés est le fait de campagnes de promotion dynamiques. A l'inverse, il ressort, à l'évidence, du septième paragraphe de la section 4.2.1 que ce n'est que récemment que les campagnes et les techniques modernes de promotion du tabac à consommer sans fumée ont été introduites dans le tiers monde et que le tabagisme sans fumée, largement répandu et longtemps pratiqué dans ces régions, ne doit rien aux campagnes de promotion. Ainsi qu'il est indiqué dans le rapport, certaines communautés pratiquent le tabagisme sans fumée depuis des siècles; actuellement, 100 millions, peut-être davantage, de personnes en Inde et au Pakistan s'adonnent au tabagisme sans fumée, lequel revêt sur le continent africain une signification importante sur le plan culturel et rituel.

Ces informations soulignent la complexité de l'utilisation du tabac qui s'ajoute aux problèmes économiques nombreux et difficiles. Si les stratégies proposées en matière de législation, de réglementation et de restriction, ainsi que les campagnes d'information et d'éducation sanitaire à l'intention des consommateurs, peuvent être efficaces dans les pays industrialisés, elles semblent, en revanche, superficielles et insuffisantes pour garantir une lutte effective dans les communautés rurales du tiers monde où les produits à consommer sans fumée sont à la portée de tous. L'orateur aurait souhaité que le groupe d'étude s'intéresse à ces aspects afin de proposer des stratégies qui auraient visé à mieux faire comprendre les raisons qui, à travers les siècles, ont poussé des millions de personnes à consommer du tabac. S'il est généralement admis que le tabac est mauvais pour la santé, en particulier la santé physique, les informations sont rares sur les incidences possibles du tabac sur la santé mentale et sociale, deux aspects tout aussi importants que la santé physique. Il se demande si le tabac ne répond pas peut-être à certains besoins en assurant un bien-être social et mental aux millions de gens qui le consomment. Ce sont ces questions qui mériteraient d'être examinées avec grande attention.

Le Dr OWEIS félicite les comités d'experts et les groupes d'étude de leurs rapports ainsi que le Directeur général de l'excellente qualité des résumés contenus dans son rapport. Se référant particulièrement au rapport examiné, il souligne la nécessité d'agir avec prudence en ce qui concerne les campagnes menées contre le tabagisme sans fumée, notamment dans les pays où sa pratique est peu répandue. Informer la population, notamment les jeunes, des dangers du tabagisme sans fumée dans des pays où sa pratique n'est pas généralisée risque fort d'avoir l'effet inverse à celui escompté, et d'exciter la curiosité des jeunes qui pourraient alors choisir d'essayer ces produits à consommer sans fumée plutôt que d'être mis en garde. Il serait préférable, dans les pays où sa pratique n'est pas généralisée, comme c'est le cas dans son propre pays, de limiter les campagnes aux dangers du tabagisme.

Se référant à la version arabe du rapport, il fait observer qu'il conviendrait d'apporter une modification grammaticale mineure au titre.

Le Dr CABA-MARTIN, exprimant des doutes à propos de l'utilisation du chewing gum additionné de nicotine comme instrument thérapeutique, estime qu'il risque fort d'être un moyen détourné qui introduira le tabagisme sans fumée dans certains pays. En Espagne, par exemple, certaines personnes ne peuvent plus se passer de ce chewing gum : il s'agit, ainsi que l'indique le rapport, de jeunes, initiés à la nicotine par ce moyen, et d'adultes qui ont troqué leur dépendance à l'égard du tabac contre une dépendance à l'égard de la nicotine.

Le Professeur SANTOS dit avoir été impressionné, à la lecture du rapport, par l'ampleur du problème dans certaines parties du monde. Nul n'ignore qu'au Brésil ce sont essentiellement les couches de population âgée des zones rurales qui s'adonnent au tabagisme sans fumée, sans que cela soit pour autant considéré comme un problème de santé publique majeur; avec l'urbanisation, cette habitude a perdu probablement plus de terrain qu'elle n'en a gagné. Il reconnaît néanmoins l'importance du rapport qui appelle l'attention sur les menaces que le tabagisme sans fumée fait peser sur la santé. La lutte contre le tabagisme a mobilisé tant de forces que l'habitude de chiquer le tabac est restée au second plan. Le risque d'attirer l'attention de certains groupes de population sur la possibilité de s'adonner au tabagisme sans fumée est, certes, réel, mais il importe plus encore de sensibiliser les personnels de santé et la population en général aux menaces que le tabagisme sans fumée fait peser sur la santé. Parallèlement, il conviendrait que les agents de santé, notamment les épidémiologistes, étudient plus avant ces régions du monde où le problème n'est pas encore majeur afin de mieux en apprécier la dimension réelle, tant actuellement que dans l'avenir.

Le Dr MASIRONI (Tabac ou Santé), partageant l'avis du précédent orateur, déclare que le rapport vise à appeler l'attention des Etats Membres sur l'imminence d'un nouveau danger dans un grand nombre de pays. Il convient de garder présent à l'esprit qu'en raison de la diminution du taux de consommation du tabac, l'industrie du tabac s'efforce de conquérir de nouveaux marchés en encourageant activement et de manière attrayante la consommation de produits sans fumée, notamment chez les jeunes, dans les pays industrialisés. Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, moins de 1 % des jeunes adultes de sexe masculin s'adonnaient il y a 20 ans au tabagisme sans fumée, contre 25 % aujourd'hui. En Suède, en 1955, le nombre de jeunes s'adonnant au tabagisme sans fumée était pratiquement nul comparé aux 30 % d'aujourd'hui. Des sociétés productrices de tabac se sont lancées dans la commercialisation des produits du tabac à consommer sans fumée en République fédérale d'Allemagne, en Australie, en Chine, en France, à Hong Kong, en Israël, en Italie, au Japon, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et en Suisse. Le moment est donc venu d'attirer l'attention sur ce nouveau danger bien réel. A ce sujet, il explique au Dr Oweis qu'il ne s'agit pas tant de sensibiliser les jeunes à quelque chose qu'ils peuvent ne pas connaître que d'introduire des mesures législatives portant interdiction avant que le problème du tabagisme sans fumée n'atteigne l'ampleur du tabagisme à la cigarette.

Répondant aux points soulevés par le Dr Ntaba, il convient qu'il reste encore beaucoup à apprendre sur le sujet et que de nombreux problèmes doivent être résolus. Néanmoins, les données sont suffisantes pour justifier une action, même en ne disposant pas de toutes les réponses biochimiques. Une analogie avec la cigarette pourrait être faite; s'il est souvent fait observer qu'il n'est pas biochimiquement prouvé à 100 % que le tabagisme à la cigarette provoque le cancer du poumon, tout le monde, ou presque, en revanche, convient qu'il faut lutter contre cette habitude. De même, s'agissant du tabagisme sans fumée, nul ne devrait hésiter à mettre fin à une habitude dont on sait qu'elle est dangereuse pour la santé, même si toutes les études animales, biochimiques et autres ne sont pas encore terminées.

En ce qui concerne les observations du Dr Caba-Martin, il fait remarquer qu'il convient de faire une distinction entre le chewing gum contenant du tabac, commercialisé par l'industrie du tabac, et le chewing gum additionné de nicotine, produit par l'industrie pharmaceutique à des fins thérapeutiques, non destiné à la vente libre, mais conçu pour aider, sous contrôle adéquat, les fumeurs à surmonter leur dépendance à l'égard de la nicotine. L'apport de nicotine varie selon qu'il s'agit de chewing gum ou de cigarette, aussi bien en intensité qu'en durée, et si le risque de devenir dépendant vis-à-vis du chewing gum additionné de nicotine existe, il est nettement moindre que pour le tabagisme.

Le Dr OWEIS, fournissant des éclaircissements, souscrit à la déclaration du Dr Masironi. Ses observations ne portaient pas sur d'éventuelles campagnes visant les jeunes mais sur la sensibilisation des jeunes aux dangers du tabagisme, notamment dans les pays où la plupart des secteurs de la population ignorent encore l'usage du tabac.

Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires (OMS, Série de Rapports techniques, N° 780)

Le Professeur MEDINA SANDINO accueille avec satisfaction tous les efforts faits pour étudier de manière approfondie le rôle des agents de santé communautaires. Il s'agit de veiller en permanence à ce que la communauté participe pleinement à la prestation, la planification, l'évaluation et la définition de politique générale des services de santé. Si on a beaucoup appris depuis l'entrée en fonction des premiers agents de santé communautaires, on sait en revanche relativement peu de chose sur les succès et les échecs qui se sont produits dans ce domaine. A ce propos, elle se félicite du contenu du rapport et de ses recommandations, un rapport qui fait également état d'échecs, dans certains cas, lorsque la participation des agents de santé communautaires est entravée par des projets de développement fragmentés ou des programmes verticaux non intégrés dans le développement général des systèmes de santé nationaux. Cette constatation met en lumière l'obstacle majeur à la prestation de services de santé intégrés au niveau communautaire.

Au Nicaragua, la participation communautaire et celle des agents de santé communautaires reposent sur une organisation communautaire déjà en place; c'est ainsi que la communauté est organisée non pas pour fournir des services de santé mais plutôt pour analyser et rechercher des solutions à ses propres problèmes, évitant ainsi certains des écueils indiqués dans le rapport, puisque cette approche permet de veiller à ce que le travail de la communauté ou des agents de santé communautaires réponde bien aux besoins de la communauté. Le fait que la communauté ait pris conscience qu'elle était un instrument de changement s'est traduit par une participation accrue aux diverses activités axées non seulement sur le rôle curatif mais aussi sur le rôle préventif des services de santé ainsi que sur la mobilisation visant au développement social.

En conclusion, elle appelle à se prononcer en faveur des recommandations contenues dans le rapport; il importe de ne pas relâcher ses efforts pour rassembler et diffuser des informations pertinentes émanant de différentes parties du monde. Chaque pays, chaque culture a ses caractéristiques propres qui doivent être prises en compte lorsqu'il s'agit de faire des comparaisons. Elle demande instamment à l'Organisation de poursuivre ces études et invite tous les Etats Membres à continuer à renforcer les services de santé établis avec et pour le compte de la communauté.

Le Professeur BORGONO fait observer qu'il s'agit là du deuxième rapport examiné portant sur l'amélioration des ressources humaines. Il importe de savoir comment ces activités seront financées pour être poursuivies efficacement; dans quelle mesure, par exemple, feront-elles appel à des ressources extrabudgétaires? Il souhaite avoir une explication à ce sujet.

L'application d'une formule toute faite ne peut améliorer les prestations des ressources humaines; il faut au contraire considérer la situation spécifique de chaque pays, encore qu'en tenant compte de principes généraux et de l'expérience acquise. Diagnostiquer localement les besoins est essentiel. Il convient, avec le Professeur Medina, des avantages de l'approche qu'elle a décrite: il est probable que la sélection rigoureuse d'agents de santé communautaires au sein de la communauté proprement dite donnera de meilleurs résultats que le recrutement de personnes venant de l'extérieur. La participation des organisations non gouvernementales à l'amélioration des prestations serait un complément précieux aux engagements pris au niveau politique. L'appui pluridisciplinaire intersectoriel aux programmes d'agents de santé communautaires peut être également utile; les pays pourraient échanger en permanence des informations sur ce sujet par l'intermédiaire de l'Organisation et de ses bureaux régionaux.

Le Dr ESPINOSA se félicite de la façon méthodique dont les problèmes, les remèdes et les recommandations sont présentés dans le rapport. Il propose que soient étudiées dans le cadre des programmes d'agents de santé communautaires non seulement la sélection du personnel mais aussi la décentralisation de la planification et de la prise en charge.

L'amélioration de la sécurité routière : nouvelles approches (OMS, Série de Rapports techniques, N° 781)

Le Dr WILLIAMS déclare que les gouvernements, au moment de l'élaboration de programmes de sécurité routière viables, doivent se concentrer sur le véhicule, la route et le conducteur. Dans les pays en développement, le nombre de décès et de cas d'invalidité dus aux accidents de la route atteint des niveaux inacceptables à mesure que la circulation augmente. Les victimes d'accidents sont, pour la plupart, jeunes ou dans la vie active, et leur perte représente un coût socio-économique énorme pour leur pays. La nécessité, pour améliorer la sécurité routière, de développer les transports en commun et de limiter la détention de véhicules privés est une approche qui n'a pas été examinée de manière approfondie dans le rapport.

Le Professeur SANTOS fait observer que les accidents de la route ont atteint des proportions catastrophiques dans le monde entier, notamment dans les pays ayant connu une rapide urbanisation et où un grand nombre de personnes des zones rurales se sont brusquement trouvées confrontées aux dangers, peu familiers pour elles, de la vie urbaine. La section 4 du rapport porte sur les coûts économiques et sociaux des accidents, surtout du point de vue des décès; il faut également tenir soigneusement compte de la morbidité en évaluant ces coûts, un aspect qui peut être d'ailleurs développé fort utilement dans d'autres études. En ce qui concerne la décentralisation, les organismes, passant du niveau national au niveau local, auront besoin d'être secondés par des spécialistes, pour être efficaces et convaincants. Il souscrit, à cet égard, à la conclusion (paragraphe 3, recommandation 8.1.1) selon laquelle les conseils de la sécurité devraient être secondés par des organismes techniques pluridisciplinaires chargés de recueillir et d'analyser l'information et de proposer des améliorations, et souligne l'importance de la formation du personnel pour son exécution. Il serait utile de diffuser largement cette recommandation et de souligner davantage encore son importance.

Le Dr CABA-MARTIN souligne que les gouvernements des pays développés doivent sensibiliser leurs citoyens au problème sérieux que représente la sécurité routière. Si les accidents de la route passent au second plan, même aux yeux des autorités sanitaires, la sécurité routière, elle, constitue un objectif de santé de premier plan. La Communauté européenne est en train d'élaborer une politique commune visant à éliminer ce fléau des temps modernes que représentent les accidents de la route, dont le coût économique a été évalué à 2 % du produit national brut. Ce tribut que, dans son ensemble, la société accepte avec fatalisme de payer à la mécanisation réduit à néant les politiques et les campagnes visant à améliorer l'infrastructure routière et les normes de conduite et à veiller au respect des règles de circulation. Seule, une action coordonnée et bien pesée dans tous ces domaines pourrait donner de bons résultats.

Décision : Le Conseil exécutif, après examen, prend note du rapport du Directeur général sur les réunions de comités d'experts et de groupes d'étude suivants : Comité mixte OIT/OMS de Médecine du Travail, dixième rapport, (Epidémiologie des maladies et des accidents liés à la profession); Comité d'experts de l'OMS sur la Lutte contre les Salmonelloses (Le rôle de l'hygiène appliquée aux animaux et aux produits); Comité d'experts de l'OMS sur la santé des personnes âgées; Comité d'experts de l'OMS sur les systèmes de gestion des personnels de santé (Gestion des ressources humaines pour la santé); Comité d'experts de l'OMS sur les techniques de diagnostic appropriées dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires; Comité d'experts de l'OMS sur la surveillance et l'évaluation de la santé bucco-dentaire; Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires, trente-troisième rapport, (Evaluation de certains additifs alimentaires et contaminants); Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance, vingt-cinquième rapport; Groupe d'étude de l'OMS sur la lutte contre le tabagisme sans fumée; Groupe d'étude de l'OMS sur les agents de santé communautaires (Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires); Groupe d'étude de l'OMS sur l'amélioration de la sécurité routière : nouvelles approches. Le Conseil remercie les experts qui ont participé aux réunions et demande au Directeur général de donner suite aux recommandations des experts pour la mise en oeuvre des programmes de l'Organisation, en tenant compte des débats du Conseil.

Le Dr MARGAN fait observer que les difficultés que pose la distribution en temps opportun de documents aux nouveaux membres du Conseil exécutif pourraient être évitées, si la date des élections était avancée.

2. COMITE MIXTE FISE/OMS DES DIRECTIVES SANITAIRES : RAPPORT DE LA VINGT-SEPTIEME SESSION : Point 6 de l'ordre du jour (document EB84/3)

Le Professeur SANTOS, présentant le rapport, dit que le Comité est au sein du système des Nations Unies une institution pour ainsi dire unique qui permet à l'OMS et au FISE, deux organisations toutes deux préoccupées par la santé des femmes et des enfants, d'oeuvrer de concert vers un objectif commun, en veillant à la complémentarité de leurs activités, à la cohérence de leurs informations aux Etats Membres et à la coordination entre eux. Il est réconfortant de voir que le Comité mixte existe toujours après 40 ans d'activité.

A sa vingt-septième session, le Comité a examiné les directives sanitaires internationales cruciales pour le travail du FISE, telles qu'elles sont contenues dans les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé adoptées en 1987 et 1988. Quatre résolutions adoptées par le Conseil d'administration du FISE pendant la même période et annexées au rapport du Comité mixte ont également été portées à la connaissance du Comité, lequel demande au Conseil exécutif de l'OMS d'en prendre acte. Le Comité mixte apporte certaines observations sur la complémentarité des objectifs des résolutions adoptées par chacune des organisations sur, notamment, l'appui aux pays les moins avancés, l'usage rationnel des médicaments, la vaccination universelle des enfants, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et les femmes dans le développement. Le Comité recommande également que le Conseil d'administration du FISE examine le rôle du FISE dans la mise en oeuvre d'un programme destiné à informer les femmes et les enfants des dangers de l'usage du tabac.

En ce qui concerne la situation économique mondiale et son incidence sur la santé et les services de santé, le Comité mixte estime indispensable que soit plus largement admise la nécessité de veiller à ce que les besoins humains ne soient pas sacrifiés aux impératifs économiques. Souvent, les "techniques d'ajustement" prescrites par des sources extérieures ne conviennent pas aux pays en développement. Le Comité recommande à l'OMS et au FISE d'agir de concert sans délai pour rassembler, analyser et publier les données sur cette question; au cours des cinq prochaines années, les deux organisations devraient apporter leur concours à l'organisation à grande échelle de cours de formation en économie sanitaire et en analyse des grandes orientations. L'OMS et le FISE devraient faire plus souvent le bilan de leurs expériences respectives; les professions de la santé, fortes de leurs connaissances et de leur expérience en la matière, devraient être encouragées à parler franchement des effets négatifs de la crise économique.

Le Comité souscrit à la stratégie OMS/FISE pour l'amélioration de la nutrition de la mère et de l'enfant dans les pays en développement et aux objectifs fixés pour les années 90. Il importe de s'efforcer d'atteindre immédiatement l'objectif concernant l'allaitement maternel.

Les objectifs communs OMS/FISE pour la santé de la mère et de l'enfant d'ici l'an 2000, énumérés en annexe au rapport du Comité mixte, devraient faire partie de la Stratégie internationale du développement pour la Quatrième Décennie des Nations Unies pour le Développement. Ces objectifs s'inspirent essentiellement du huitième programme général de travail de l'OMS, et, de l'avis du Comité, il est techniquement possible d'oeuvrer dans leur sens.

Un certain nombre de rapports de situation sur des activités OMS/FISE en cours, dont le programme élargi de vaccination, l'Initiative de Bamako, l'information, l'éducation et la communication et l'Initiative pour une maternité sans risque, ont été examinés et des recommandations adoptées pour ces programmes. S'agissant du programme élargi de vaccination, le Comité demande instamment de tout mettre en oeuvre pour atteindre une couverture vaccinale d'au moins 80 % d'ici la fin de 1990. Il appelle également l'attention sur la possibilité d'éliminer la rougeole. Pour ce qui est de l'Initiative de Bamako, le Comité, estimant qu'un certain nombre de questions devraient faire l'objet d'un examen plus approfondi, appelle à la prudence, précisant que l'objectif doit être clairement compris. Il reconnaît néanmoins l'importance et l'opportunité du programme et recommande d'appuyer sa mise en oeuvre.

Mme BRÜGGEMANN (représentante du Directeur général auprès du système des Nations Unies et des autres organisations intergouvernementales à New York) dit que le rapport du Comité mixte a été examiné par le Conseil d'administration du FISE, à sa session d'avril 1989. Lors de l'examen des objectifs communs OMS/FISE pour la santé des femmes et des enfants, les membres du Conseil se sont prononcés en faveur du concept de "fixation des objectifs", lequel s'est révélé efficace en ce qui concerne le programme élargi de vaccination et les activités du FISE en matière de survie et de développement de l'enfant. Ils ont demandé au FISE de coopérer étroitement avec l'OMS pour la mise en oeuvre des objectifs communs au niveau des pays, et de tirer parti de ses connaissances spécialisées. Cette demande a été concrétisée officiellement dans une résolution portant sur les objectifs communs, en tant que contribution du FISE à la Stratégie internationale du développement pour la Quatrième Décennie du Développement. Le Conseil d'administration du FISE a également adopté la recommandation du Comité mixte sur les conséquences de l'usage du tabac sur les enfants et les femmes. Le Conseil a aussi demandé au Directeur exécutif de présenter, à sa session de 1990, une stratégie générale élaborée avec l'OMS pour améliorer la nutrition de la mère et de l'enfant dans les pays en développement.

Les avantages que le FISE a tirés du transfert effectif de politiques générales et du travail de coordination dans le cadre du Comité mixte a, lui semble-t-il, été l'une des raisons qui a incité le Conseil d'administration du FISE à créer dans le domaine de l'éducation, un organe similaire, le Comité mixte UNESCO/FISE des directives en matière d'éducation.

Le Professeur BORGONO déclare que la collaboration entre l'OMS et le FISE aux niveaux mondial, régional et national au cours de ces nombreuses années a été fructueuse et particulièrement réussie dans la Région des Amériques.

Il estime néanmoins que l'une des deux organisations risque de devenir l'agent d'exécution de l'autre. Il ne souhaite en aucun cas dénigrer le bilan du Comité, mais il appelle à la vigilance étant donné que les deux organisations ont des fonctions distinctes, certes, mais aussi liées.

Le Dr RODRIGUES CABRAL se demande si la recherche d'un financement en vue de la mise en oeuvre de l'Initiative pour une maternité sans risque dans un certain nombre de pays en développement a fait l'objet de consultations, comment les tâches ont été réparties entre l'OMS et le FISE dans le cadre de cette initiative et si la coordination entre les deux organisations en ce qui concerne cette recherche de fonds dans le monde a été discutée.

Au sujet de la crise économique mondiale et de son incidence sur la santé et les services de santé, le Conseil d'administration du FISE a adopté la résolution 1988/15 sur les problèmes et les priorités au niveau du financement des charges récurrentes. L'orateur estime que les membres du Conseil exécutif et des autres organes de l'OMS devraient être tenus informés des mesures prises et notamment des résultats obtenus dans les pays, étant donné que cette question est étroitement liée à la gestion des ressources et à la survie dans les prochaines années des systèmes de santé d'un grand nombre de pays en développement.

En ce qui concerne le programme élargi de vaccination et la phrase du paragraphe 45.3) du rapport du Comité mixte sur "la possibilité d'éradiquer la rougeole", davantage de preuves scientifiques et pratiques seraient nécessaires, selon lui, avant de se lancer dans un programme d'éradication de la rougeole. L'éradication de la rougeole est un objectif à long terme, mais le rapport semble laisser entendre que l'éradication est possible à moyen terme.

Notant que le FISE et son Conseil d'administration doivent étudier un certain nombre de rapports de pays sur l'Initiative de Bamako, il propose que le Comité de l'OMS sur les Médicaments essentiels, ou un autre comité consultatif, étudie lui aussi ces rapports et transmette ses conclusions aux organes directeurs de l'OMS.

Se félicitant de la coopération, encore à ses prémises, entre l'OMS et le FISE à propos de la lutte contre les infections respiratoires aiguës - liée à celle contre les maladies diarrhéiques -, si importante pour la santé des enfants, il fait observer que des ressources considérables, notamment des médicaments et des équipement médicaux, sont nécessaires pour mettre en oeuvre les programmes de lutte contre les maladies respiratoires aiguës. Le FISE pourrait largement contribuer à mobiliser les ressources financières requises pour les projets de pays.

Le Dr WILLIAMS, saluant la coopération entre l'OMS et le FISE à l'échelon international, souligne la présence plus visible du FISE dans de nombreux pays. Il faudrait veiller à ce que l'identité de l'OMS soit préservée dans les pays.

Il se félicite de l'Initiative de Bamako à laquelle participe son pays à titre expérimental; il reste néanmoins à résoudre certains problèmes. Parce qu'ils doivent importer des médicaments, la plupart des pays ont besoin de devises, rares sur le marché, les monnaies nationales se dépréciant rapidement. Faute de subventions des gouvernements, l'Initiative risque d'avorter.

Le Dr PETROS-BARVASIAN (Division de la Santé de la Famille), répondant au Dr Cabral, dit que le Comité n'a pas examiné la question du financement du programme pour une maternité sans risque mais que cette question est inscrite à l'ordre du jour de la réunion des Parties intéressées sur la maternité sans risque qui se tiendra en juin 1989, à l'initiative de l'OMS, et à laquelle assisteront des représentants du FISE. Par ailleurs, un groupe de travail comprenant des représentants du FISE, du FNUAP, de la Banque mondiale et du PNUD est chargé du suivi de l'ensemble de l'Initiative pour une maternité sans risque.

Le Dr BEKTIMIROV (Sous-Directeur général), répondant aussi au Dr Cabral, ajoute que certains pensent qu'il serait possible d'éradiquer la rougeole en relativement peu de temps. Toutefois, la plupart des organisations, dont l'OMS, estiment qu'il faudrait répondre à plusieurs questions avant de penser à l'éradication. Par exemple, pourra-t-on trouver un vaccin pour protéger les enfants de moins de 9 mois ? La phrase à laquelle a fait allusion le Dr Cabral voulait dire en fait que si l'on pouvait apporter une réponse à ces questions, cela permettrait de considérer l'éradication de la rougeole comme une cible possible.

Il souligne que l'OMS et le FISE collaborent à maints égards pour renforcer les liens entre le programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës et celui contre les maladies diarrhéiques et pour rechercher un financement à l'échelon des pays. L'expérience n'est pas encore suffisante pour que les programmes de lutte contre les maladies respiratoires aiguës et contre les maladies diarrhéiques puissent être intégrés au niveau des pays. Il importe d'en savoir davantage sur la prise en charge des maladies respiratoires aiguës avant de penser à l'intégration des deux programmes.

Décision : Le Conseil exécutif prend acte du rapport du Comité mixte OMS/FISE des Directives sanitaires à sa vingt-septième session et fait siennes les recommandations formulées par le Comité sur un certain nombre de points importants, notamment ceux qui se rapportent aux objectifs communs pour la santé des femmes et des enfants, pour inclusion dans la Stratégie internationale du développement pour la Quatrième Décennie des Nations Unies pour le Développement 1991-2000. Le Conseil félicite les membres du Comité mixte de l'important travail accompli.

La séance est levée à 17 h 35.

- - -