



PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA NEUVIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Jeudi 22 mai 1975, à 14. h.35

PRESIDENT : Dr Marcella DAVIES (Sierra Leone)



Sommaire

	<u>Pages</u>
Examen détaillé du budget programme pour les exercices financiers 1976 et 1977 (suite)	
Lutte contre les maladies transmissibles (suite)	2
Lutte contre les maladies non transmissibles	11

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Rédacteur en chef, service d'Edition-Rédaction, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, avant le 9 juillet 1975.

EXAMEN DETAILLE DU BUDGET PROGRAMME POUR LES EXERCICES FINANCIERS 1976 ET 1977 : Point 2.2.3 de l'ordre du jour (résolution WHA27.57; Actes officiels Nos 220, 223 et 224; documents A28/WP/2 et A28/WP/6) (suite)

Lutte contre les maladies transmissibles (secteur de programme 5.1) (suite)

Paludisme et autres maladies parasitaires (programme 5.1.3) (suite)

Le PRESIDENT annonce que le groupe de travail chargé d'étudier le projet de résolution présenté la veille sur la prévention de la cécité a maintenant terminé ses travaux. Elle invite les délégués à formuler leurs observations sur le projet de résolution.

Le Dr PANGOURA (Guinée) déclare qu'en tant que membre du groupe de travail il souhaite figurer parmi les auteurs de la résolution.

Décision : Le projet de résolution est approuvé.

Le PRESIDENT attire l'attention sur le projet de résolution suivant, relatif aux maladies mycosiques et présenté par les délégations de la Belgique, de la France, de la Tunisie et du Zaïre :

La Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le budget programme présenté par le Directeur général pour les exercices financiers 1976 et 1977;

Notant avec satisfaction l'importance accordée par ce budget programme à la lutte contre les maladies transmissibles en général;

Considérant que les infections mycosiques superficielles et profondes sont extrêmement répandues aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, et qu'elles constituent un problème médical et social important,

1. INVITE les autorités sanitaires des Etats Membres à accorder aux infections mycosiques l'attention que justifient leur prévalence et leur importance médicale et sociale, et
2. PRIE le Directeur général de prévoir dans les programmes de l'Organisation une assistance aux études épidémiologiques relatives aux infections mycosiques superficielles et profondes et de fournir aux Etats Membres les conseils techniques appropriés pour les combattre.

Le Dr KIVITS (Belgique) se réjouit de l'importance que le budget programme attache à la lutte contre les maladies transmissibles qui sont encore prédominantes dans les pays en voie de développement et dont les pays industrialisés sont loin d'être débarrassés. Toutefois, il regrette que le programme ne mentionne nulle part des infections provoquées par une catégorie de parasites extrêmement répandue, les champignons pathogènes. Les mycoses ou infections mycosiques qui attaquent la peau, le cuir chevelu, les muqueuses ou les organes profonds sont à l'origine d'un grand nombre de maladies, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement. Elles se présentent fréquemment, soit spontanément, soit comme complications à la suite d'un traitement par antibiotiques, et l'on a estimé que 10 à 15 % des leucémiques et un tiers des personnes qui ont subi une transplantation rénale souffrent d'infections mycosiques. Dans les pays en voie de développement, des millions d'enfants sont atteints d'infections mycosiques du cuir chevelu et des millions d'adultes souffrent de mycoses des pieds. La délégation de la Belgique souhaite que l'OMS accorde à cette catégorie de maladies hautement transmissibles l'attention que mérite leur prévalence dans le monde; il conviendrait d'encourager les études épidémiologiques et de donner des conseils techniques aux autorités sanitaires nationales pour leur permettre de lutter contre ces affections. Consciente des difficultés financières de l'Organisation, la délégation de la Belgique croit cependant qu'il sera possible de trouver des crédits suffisants pour lutter contre les infections mycosiques dans la masse des moyens financiers dont l'Organisation dispose pour lutter contre les maladies transmissibles.

Le Dr Kivits propose d'amender le projet de résolution en ajoutant au dispositif un paragraphe 3) ainsi conçu : "PRIE le Directeur général de faire rapport à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé sur l'importance des maladies mycosiques en santé publique dans les Etats Membres".

Le Professeur DAVIES (Israël) appuie le projet de résolution et désire figurer parmi ses coauteurs.

Le Dr MICHEL (France) et le Dr LEKIE (Zaïre) appuient l'amendement proposé par le délégué de la Belgique.

Décision : Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.

Le Dr LEPES (Directeur de la Division du Paludisme et autres Maladies parasitaires) reconnaît que l'OMS fait relativement peu dans le domaine des maladies mycosiques. Toutefois, il attire l'attention de la Commission sur la page 177 des Actes officiels N° 220 où il est fait mention d'un petit programme de recherche visant ces maladies. En outre, un séminaire organisé cette année dans la Région du Pacifique occidental sur la question des maladies de peau tropicales sera essentiellement consacré aux infections mycosiques. L'OMS poursuit également quelques études de terrain sur l'épidémiologie de certaines infections mycosiques au Guatemala, études qui fourniront de nouvelles données sur le cycle biologique et la propagation de certains des champignons incriminés.

Certes, l'OMS devrait à l'avenir consentir un plus gros effort, notamment en matière de formation de personnel au diagnostic des infections mycosiques, bien qu'actuellement il existe peu de méthodes chimiothérapeutiques permettant de soigner ces infections.

Maladies mycobactériennes (programme 5.1.6) (suite)

Le Dr BANGOURA (Guinée) estime que, compte tenu de la forte incidence de la lèpre et de la tuberculose dans de nombreux pays, la mise en oeuvre de programmes mixtes antiléprieux et antituberculeux semble être une solution efficace du double point de vue financier et administratif. Il aimerait savoir si des programmes mixtes de ce genre ont déjà été lancés sous les auspices de l'OMS et quels en ont été les résultats.

Le Dr ORHA (Roumanie) dit que, après la deuxième guerre mondiale, la tuberculose a posé un très grave problème de santé publique dans son pays. Toutefois, les mesures de lutte prises dans le cadre de l'effort de développement socio-économique du pays ont abouti à une nette diminution de la mortalité par cette maladie. L'expérience acquise pendant l'exécution du programme de lutte antituberculeuse a conduit à apporter certaines modifications à l'approche adoptée. Le programme actuel se fonde essentiellement sur une chimiothérapie surveillée, pratiquée en hôpital pour de courts séjours de trois mois en moyenne, suivie d'une chimiothérapie ambulatoire d'une durée de neuf à douze mois. A ces mesures thérapeutiques s'ajoute la vaccination systématique des nouveau-nés, pratiquée dans 95 % des cas. La qualité du vaccin employé a été contrôlée avec l'aide de l'OMS et cela a permis d'améliorer considérablement la qualité du produit. L'Institut roumain des Sérums et des Vaccins a participé, avec d'autres laboratoires, à une étude organisée par l'OMS sur le contrôle de la qualité des différents vaccins BCG.

La délégation roumaine est convaincue que la seule méthode permettant de remporter de nouvelles victoires sur la tuberculose est d'intégrer la lutte antituberculeuse à l'ensemble des services généraux de santé. Une étude pilote a été entreprise en Roumanie en 1973 afin de comparer, du point de vue technique, épidémiologique et économique, les trois types de programmes : horizontal, vertical et mixte. Les résultats de cette étude permettront de déterminer le programme le plus avantageux.

Le Dr Orha tient à remercier l'OMS pour l'aide précieuse qu'elle a fournie à l'occasion de cette étude ainsi que pour son assistance technique concernant l'optimisation du vaccin BCG. Les recommandations formulées dans le neuvième rapport du Comité OMS d'experts de la Tuberculose ont présenté le plus grand intérêt pour l'élaboration des programmes de lutte antituberculeuse en Roumanie, tant au niveau national que local.

Le Dr CHITIMBA (Malawi) estime que la tuberculose est une maladie extrêmement importante du point de vue de la santé publique. Les meilleurs moyens d'empêcher la transmission de l'infection sont : premièrement, d'identifier les sujets atteints par examen au microscope d'étalements de crachats et de les soigner ensuite grâce à une chimiothérapie efficace de type ambulatoire; deuxièmement, de protéger une forte proportion de la population vulnérable grâce à un vaccin BCG lyophilisé stable de bonne qualité; et troisièmement, d'assurer l'exécution du programme de lutte antituberculeuse grâce au personnel qualifié et bien encadré des services de santé des collectivités. Tout cela est connu des milieux médicaux depuis au moins dix ans et, pourtant, le rapport du Directeur général admet que l'infection ne semble pas manifester la tendance à la régression que l'on observe dans certains pays où la prévalence est faible.

On a émis l'idée qu'il s'agissait davantage d'un problème d'organisation et de gestion que d'un problème strictement médical et que l'OMS devait à l'avenir s'en tenir à l'approche éducative qui a été jusqu'à présent la sienne et continuer à donner des conseils et une aide. La

délégation du Malawi n'est pas de cet avis. Depuis treize ans, l'OMS fait le maximum en matière d'éducation, qu'il s'agisse de comités d'experts ou de cours internationaux de formation, et le problème n'est pas résolu. Il y aurait lieu de procéder à une évaluation des efforts de l'OMS afin de déterminer les raisons qui expliqueraient l'échec des programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Il ne faut réunir à grand frais des comités d'experts que s'il existe une forte probabilité que ceux-ci conduisent à une solution efficace.

Le Dr Chitimba a trois questions à poser. Premièrement, jusqu'à quel point les programmes mixtes de lutte antilépreuse et antituberculeuse se sont-ils révélés efficaces ? Deuxièmement, quelles mesures l'OMS a-t-elle prises pour assurer l'approvisionnement en médicaments antituberculeux au moment où de nombreux pays souffraient d'une pénurie de ces médicaments ? Troisièmement, pourquoi n'indique-t-on pas dans ce secteur de programme les sommes affectées à la lutte contre des maladies déterminées ?

Au Malawi, l'expérience a montré qu'en ce qui concerne la vaccination BCG, la meilleure solution est la méthode de la vaccination unique, à condition qu'elle se limite aux groupes d'âge appropriés.

Le Dr SANGARE (Mali) signale que, dans son pays, l'incidence de la tuberculose a atteint le taux inquiétant de 2 à 2,5 %. En 1968, une vaste campagne de vaccination BCG a été lancée avec l'aide de l'OMS et du FISE et l'on envisage d'assurer l'entretien dans le cadre des opérations intégrées de vaccination de masse contre la variole et la fièvre jaune. Si l'aspect préventif de la lutte antituberculeuse s'est révélé relativement facile, le traitement des malades est plus difficile en raison de l'étendue du pays et de la faiblesse de l'infrastructure sanitaire. La principale méthode employée est le traitement à domicile assuré par des équipes mobiles et complété par un effort d'éducation sanitaire. Dans ce domaine, l'action des pouvoirs publics a été grandement facilitée par le travail des associations bénévoles, notamment d'une association des Pays-Bas. Un projet pilote est actuellement en cours afin de déterminer les meilleurs moyens d'atteindre et de soigner le maximum de malades. Ce projet a nécessité le recrutement et la formation d'agents auxiliaires locaux chargés de collecter les crachats des malades suspects et de distribuer des médicaments. Entrepris depuis deux ans, ce projet commence à donner des résultats encourageants. En conclusion, il convient de remarquer qu'une action conjuguée des services de santé gouvernementaux et des associations bénévoles peut donner des résultats appréciables.

Le Dr DAS (Népal) déclare que, dans son pays, les deux principaux aspects de la lutte antituberculeuse sont la vaccination BCG, d'une part, le dépistage et le traitement, d'autre part. On enseigne désormais aux agents de vaccination antivariolique à pratiquer la vaccination BCG et une expérience entreprise au Népal oriental a montré que cette méthode mixte donnait de bons résultats. On envisage également d'associer le dépistage de la tuberculose et la lutte antilépreuse et il serait intéressant d'avoir l'avis d'autres pays Membres qui ont expérimenté des méthodes mixtes de ce genre.

Maladies à virus (programme 5.1.7)

Le Dr FUNKE (République fédérale d'Allemagne) relève que le programme mentionne un projet de recherche collective sur la prévalence des infections à cytomégalovirus chez les enfants. Des constatations récemment faites dans son pays ont montré que le virus d'Epstein-Barr joue sensiblement le même rôle dans les infections prénatales à virus, qui d'ailleurs se manifestent par des symptômes analogues à ceux des infections à cytomégalovirus. Elle suggère que l'étude envisagée fasse une place à ce problème qui est très préoccupant dans les pays à croissance nulle où un certain nombre d'enfants risquent de vivre avec des handicaps chroniques.

Le Dr JAROCKIJ (Union des Républiques socialistes soviétiques) estime que la grippe et les maladies grippales méritent une étude plus approfondie car, jusqu'à présent, les mesures prophylactiques n'ont pas empêché l'apparition d'épidémies atteignant le monde entier. Il faut également poursuivre les recherches chimiothérapeutiques étant donné que les médicaments mis au point aux Etats-Unis et en URSS ne semblent pas prometteurs et n'ont d'ailleurs pas été suffisamment mis à l'épreuve pour autoriser une production et une utilisation de masse. Tout comme il existe différents types de vaccins, il y a différentes méthodes d'administration; dans les pays occidentaux où l'on utilise du vaccin inactivé, on préfère l'injection intramusculaire alors qu'en URSS on administre du vaccin vivant par voie nasale ou buccale. Ces différences de méthode montrent bien la nécessité de poursuivre les recherches et l'OMS devrait entreprendre une étude sur le coût et l'efficacité relatifs des différents vaccins antigrippaux et s'efforcer d'élaborer un système international uniforme pour la surveillance et l'endiguement des épidémies.

L'URSS poursuit actuellement des recherches sur l'hépatite virale et pourrait collaborer avec l'OMS à l'identification et à l'isolement du virus de l'hépatite, à sa culture en laboratoire et à des recherches sur le rôle étiologique de l'antigène Australia.

Le Dr BOONYOEN (Thaïlande) appuie pleinement le programme poursuivi par l'OMS dans le domaine des maladies à virus. Dans son pays, ce programme a constitué une parade rapide à l'évolution du tableau de la morbidité qui accuse maintenant une augmentation des infections à virus des voies respiratoires. Les enquêtes épidémiologiques et la surveillance des sujets infectés devraient permettre de déterminer les moyens d'intervention et de lutte les plus efficaces. Dans les pays où le personnel médical local n'est pas encore très nombreux et où les ressources sont limitées, il est très important d'envisager le problème à l'échelon interrégional.

Les recherches collectives sur l'utilisation d'antigènes inactivés pour le diagnostic de la fièvre hémorragique/dengue, mentionnées dans le rapport, sont une excellente initiative mais à l'occasion de ces recherches est-on parvenu à prouver l'utilité de ces antigènes dans les épreuves de diagnostic ?

Le Professeur DAVIES (Israël) demande si le Secrétariat peut fournir des précisions sur le coût et l'efficacité du système de notification de la grippe. Dans quelle mesure ce système est-il complet et au bout de combien de temps les différents centres obtiendront-ils des informations précises sur les modifications antigéniques ? Peut-on également avoir quelques précisions sur la réponse immunitaire atténuée au vaccin antipoliomyélitique constatée chez les nourrissons dans les pays tropicaux ? Que sait-on de l'inhibition par des entérovirus concurrents et par une substance ou des substances provenant de la salive et des liquides de lavage de la gorge ?

Le Professeur CANAPERIA (Italie) note avec plaisir qu'il est prévu de réunir en 1976 un comité d'experts qui fera le point des recherches épidémiologiques sur l'hépatite virale A et B. Toutefois, comme il ne semble pas qu'on ait prévu de crédits à cet effet, le Professeur Canaperia désire avoir l'assurance, étant donné l'importance de la question, que cette réunion aura bien lieu.

Le problème de la grippe est également un problème fondamental et il conviendrait d'entreprendre des études sur la question des vaccins antigrippaux.

Le Professeur KOSTRZEWSKI (Pologne) fait observer que tout programme de lutte contre la grippe et les infections à virus des voies respiratoires doit tenir compte de l'évolution du tableau de ces maladies. On peut en effet se demander si la vaccination est la solution la plus efficace. Quel sera, en ce qui concerne la grippe, le programme de l'OMS au cours des deux prochaines années ?

Le Dr del CID PERALTA (Guatemala) demande s'il est vraiment utile d'employer des vaccins antigrippaux non polyvalents, étant donné les efforts qu'exige la vaccination dans des pays comme le sien et compte tenu du fait que les épidémies successives ne sont pas dues au même virus. Dans ces conditions, seuls des vaccins polyvalents seraient vraiment efficaces. Il aimerait également savoir si des faits nouveaux sont survenus concernant la vaccination anti-rougeoleuse. Au Guatemala, on a noté, après la vaccination, des réactions exanthémateuses qui ressemblaient à la rougeole et ont été signalées comme des cas de rougeole. Les recherches faites par la suite ont montré que ces réactions étaient dues à des entérovirus. C'est pourquoi le Dr del Cid Peralta se demande s'il est utile de poursuivre les recherches sur les vaccins monovalents étant donné leur efficacité limitée dans la prévention des poussées épidémiques de maladies virales.

M. RAMRAKHA (Fidji) dit, à propos de dengue, que trois flambées de cette maladie sont survenues à Fidji : une première en 1944, due au virus du type I, une deuxième en 1971-1972, due au virus du type II et une troisième en 1975, due elle aussi au virus du type I. Cette dernière flambée a provoqué plusieurs décès, tant à Fidji que dans les pays voisins, dans les zones urbaines et rurales. Il y aurait - semble-t-il - d'autres vecteurs qu'*Aedes aegypti*. Fidji tient à exprimer sa reconnaissance au Conseil de la Recherche médicale de Nouvelle-Zélande ainsi qu'à d'autres organisations pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée au cours de la dernière poussée épidémique. M. Ramrakha ne doute pas que leurs études permettront de révéler de nombreuses données nouvelles.

Il aimerait savoir quelles études l'OMS poursuit sur la prévention de la dengue et les moyens de lutte. Parallèlement aux travaux sur la lutte antivectorielle, il faut élargir nos connaissances de manière à prévoir chez quels malades des manifestations hémorragiques apparaîtront et à vérifier si les salicylates risquent de précipiter celles-ci.

Le Dr TEKLE (Ethiopie) demande, au sujet du vaccin antityphique, quelle est la situation actuelle : efficacité, durée de cette efficacité et schéma de vaccination. Puisqu'il est facile de lutter contre les maladies à rickettsies au moyen d'insecticides, il se demande s'il est vraiment utile de produire du vaccin tué ou atténué contre le typhus à poux. Son Gouvernement, préoccupé par le déséquilibre entre le coût de la production du vaccin et les avantages de la vaccination, a cessé la production. Le Dr Tekle aimerait connaître l'expérience d'autres pays à ce sujet et savoir ce qu'ils pensent de la décision de son Gouvernement.

Le Professeur SULLIANTI SAROSO (Indonésie) est intéressée par la question qu'a soulevée le délégué de Fidji. Le Comité consultatif technique pour la fièvre hémorragique dengue dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental a préparé un guide qui donne de plus amples renseignements sur ce sujet. Il a été rédigé de manière à être facilement compris par les travailleurs sanitaires et il fournit toute une série de renseignements sur ce qu'il faut faire face à un malade atteint de fièvre hémorragique/dengue.

Maladies vénériennes et tréponématoses (programme 5.1.8)

Le Professeur JANSSENS (Belgique) estime préoccupante la progression des maladies transmises par voie sexuelle, plus particulièrement la syphilis et la gonococcie. Le rapport final des discussions techniques organisées sur ce sujet, qui tiendra certainement compte du document de base ainsi que des divers échanges de vues et d'expériences pratiques, fournira sans aucun doute une meilleure approche multidisciplinaire. Mais il ne suffit pas d'appeler l'attention d'un groupe d'individus sur un problème dont la gravité est pour eux incontestable. Ces travaux encourageront les gouvernements et tous les responsables à faire un usage optimal des services et des structures existants de façon que les travailleurs sanitaires de tous niveaux - y compris ceux de la base - aient les renseignements techniques voulus et que l'éducation assurée soit telle qu'elle amène un changement d'attitude chez toutes les personnes concernées.

Pour concrétiser ces idées, la délégation de la Belgique a établi un projet de résolution avec l'appui des délégations des pays suivants : Côte d'Ivoire, Cuba, France, Grèce, Italie, Inde, Liban, Mali, Suède, Turquie et Zaïre. Le projet n'est pas encore prêt à être distribué mais, si la Commission le souhaite, le Professeur Janssens peut en donner lecture.

Le PRESIDENT propose à la Commission d'attendre que le projet de résolution soit distribué pour poursuivre l'étude de la question.

Le Dr TOTTIE (Suède) se réjouit que l'Assemblée ait eu l'occasion d'envisager une approche nouvelle pour un problème majeur du monde moderne. Il importe, ce faisant, de se pencher sur l'éducation des jeunes d'aujourd'hui et de demain et d'examiner le contenu d'ensemble du programme éducatif. Le Dr Tottie est tout particulièrement favorable à la notion de responsabilité de l'individu et de respect de l'intégrité de l'être humain. Pendant trop longtemps, on a manifesté une attitude négative vis-à-vis de ces questions et il faut espérer qu'à l'avenir il en sera autrement.

Santé publique vétérinaire (programme 5.1.9)

Le Dr FUNKE (République fédérale d'Allemagne) estime que les problèmes d'hygiène prennent de plus en plus d'importance; avec la libéralisation accrue des échanges alimentaires internationaux, la tâche des comités qui s'occupent de l'hygiène des aliments devra probablement être intensifiée. Sa délégation aimerait que l'OMS exerce une plus grande influence au sein de la Commission du Codex Alimentarius. Les problèmes d'ordre sanitaire devraient recevoir à tout le moins autant d'attention que les intérêts commerciaux, et l'OMS ne devrait pas approuver la mise au point de normes ne répondant pas aux besoins sanitaires des consommateurs. Le Dr Funke demande que l'OMS se penche tout spécialement sur cette question.

Le Dr ALFA CISSE (Niger) déclare que son pays est gravement menacé par les activités frauduleuses de certains laboratoires et certaines firmes; le Niger n'est pas équipé pour vérifier si ce qui est indiqué sur les boîtes contenant des aliments correspond à ce qui se trouve à l'intérieur. Il a même été prouvé avec l'aide de l'OMS que l'on avait vendu des vaccins qui n'étaient en fait que de l'eau distillée. Dans ces conditions, il est essentiel que la Région africaine dispose de laboratoires afin de pouvoir déceler les pratiques frauduleuses, notamment en ce qui concerne les bonbons et autres aliments consommés par les enfants.

Le Dr JAROCKIJ (Union des Républiques socialistes soviétiques) pense lui aussi qu'il est important de contrôler la santé des animaux, notamment ceux qui sont destinés à l'exportation.

Différentes méthodes sont utilisées suivant les pays pour déceler la leptospirose chez les animaux domestiques; aussi importe-t-il, à son avis, de s'entendre sur une méthode-type pour l'examen du bétail et des porcs destinés à l'exportation. L'Union soviétique a fait de très importantes recherches scientifiques sur la propagation de la leptospirose; elle a également entrepris de nombreux travaux sur l'échinococcose; elle a élaboré une méthode satisfaisante pour le diagnostic de cette maladie chez l'homme et les animaux domestiques et mis au point un antigène de haute qualité, et c'est avec plaisir qu'elle fera part de son expérience à l'OMS et à d'autres pays.

En ce qui concerne la brucellose, le Dr Jarockij pense qu'il serait utile de publier un rapport annuel sur l'activité des centres de référence de l'OMS. En outre, un numéro du Bulletin OMS pourrait peut-être être consacré aux zoonoses; il faudrait par ailleurs améliorer les statistiques sur les personnes atteintes de brucellose.

Le Dr SEBINA (Botswana) apprécie les efforts déployés par l'OMS pour aider les Etats Membres à surveiller et endiguer les zoonoses, dont certaines, particulièrement la rage, sont en recrudescence. Au Botswana, la rage était à l'origine confinée à quelques mangoustes, mais elle s'est par la suite propagée, tout d'abord aux chacals et aux chiens, puis aux chèvres et aux bovins, et enfin à l'homme, comme en témoignent les deux cas mortels survenus en 1975. Diverses mesures ont été prises, telles que la vaccination des chiens et l'abattage des chiens errants, et une action d'éducation sanitaire a été lancée; le cycle de transmission semble désormais interrompu dans les zones urbaines.

Le Dr VASSILOPOULOUS (Chypre) dit que Chypre est l'un des rares pays où l'hydatidose est répandue; la maladie pose un problème sur le plan de la santé publique mais aussi sur le plan socio-économique. Avec la collaboration de l'OMS, une campagne a été lancée il y a quelques années, son objectif essentiel étant d'abattre les chiens errants dans les villes et les villages, d'inspecter les viandes et d'appliquer aux chiens un traitement préventif. Grâce à ces mesures, la maladie a été pratiquement éliminée.

Le Dr ANDRIAMAMPIHANTONA (Madagascar) précise que, dans son pays, les bovins sont touchés par la fascioliose, qui est aux animaux ce qu'est la bilharziose à l'homme. La maladie est actuellement assez répandue et tue un grand nombre d'animaux. Etant donné que l'on pourrait consommer du foie contaminé par le micro-organisme responsable de la maladie, il aimerait savoir si la maladie peut se transmettre à l'homme et, dans l'affirmative, comment elle se manifeste.

Le Dr LEON (Argentine) indique que le programme de santé publique vétérinaire exécuté en Argentine comprend une campagne nationale contre la rage, consistant à vacciner les chiens dans six des provinces du pays ainsi qu'à Buenos Aires. Un programme d'éducation sanitaire est également en cours; il a pour objet d'avertir la population des dangers de la rage et de l'informer des mesures préventives à prendre.

Une autre campagne importante est en cours contre l'hydatidose; elle comprend des soins médicaux et vétérinaires, une action d'hygiène rurale et de l'éducation sanitaire. Le programme, qui est maintenant en place depuis cinq ans dans la province de Neuquén, a donné des résultats extrêmement satisfaisants et il est prévu de le développer.

Le Dr SADELER (Dahomey) rappelle que, dans les pays hautement industrialisés qui disposent de services de contrôle bien équipés, il ne se passe pas de jour où l'on ne trouve des résidus de pesticides, des hormones, des antibiotiques dans les denrées alimentaires, particulièrement le lait, et l'on a même décelé le bacille de Koch dans du beurre. Toutefois, le contrôle des denrées alimentaires dans les pays en voie de développement est tout à fait défectueux, et le Dr Sadeler demande donc qu'une recommandation soit formulée de toute urgence à cet égard.

En ce qui concerne la déclaration du délégué de l'Argentine, il aimerait savoir quelle action ce pays prévoit d'entreprendre contre d'autres réservoirs de la rage.

Le Dr LEON (Argentine) répond que l'Argentine reçoit une assistance tout à fait exceptionnelle du Centre panaméricain des Zoonoses, où d'intéressantes études sont faites sur ces réservoirs. Mais la campagne nationale concerne presque exclusivement la rage canine et les vaccinations sont limitées aux chiens.

Le Dr HASSOUN (Irak) dit que la leishmaniose viscérale est une anthroponose qui préoccupe les autorités irakiennes. Il y a 30 ans, le kala-azar était inconnu dans le pays. Les premiers cas - assez rares - ont été diagnostiqués en 1966, et l'on a enregistré 488 cas en

1972, 1134 en 1973 et 1691 en 1974. La plupart d'entre eux ont été décelés dans le centre du pays, probablement parce que les services de diagnostic y sont plus perfectionnés et que le personnel médical connaît mieux la maladie.

On s'est efforcé de repérer les foyers naturels de la maladie; en particulier, le service du kala-azar de l'Institut des Maladies endémiques a fait une enquête sur des centaines de rongeurs et une cinquantaine de chiens pour vérifier, par étalement et par culture, s'ils pouvaient constituer un réservoir d'hôtes. Le parasite Leishmania donovani n'a été trouvé chez aucun animal.

On fait actuellement des études pour déterminer si les chacals et les renards pourraient constituer des réservoirs d'hôtes et si les malades guéris cliniquement peuvent être une source d'infection.

L'Irak apprécierait l'assistance de l'OMS pour ces études et remercie le Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'aide déjà accordée.

Biologie des vecteurs et lutte antivectorielle (programme 5.1.10)

Le PRESIDENT propose que la question de la sécurité d'emploi des pesticides (classification des pesticides en fonction des dangers qu'ils présentent) soit examinée ultérieurement sous le point 2.10 de l'ordre du jour.

Le Professeur SULIANTI SAROSO (Indonésie) note avec satisfaction que l'OMS étudie actuellement la biologie, l'écologie et la sensibilité aux pesticides des principales espèces vectrices, y compris celles du paludisme.

L'un des laboratoires de biologie des vecteurs et de lutte antivectorielle sur le terrain se trouve en Indonésie. Il fait des études principalement sur Aedes aegypti en tant que vecteur de la fièvre hémorragique/dengue et sur la lutte contre les anophèles par les pesticides et par des moyens biologiques. Le Professeur Sulianti Saroso tient à remercier l'OMS d'avoir choisi l'Indonésie pour y installer ce laboratoire.

Le Dr COCKBURN (Directeur de la Division des Maladies transmissibles) indique, pour répondre aux points soulevés à propos du programme relatif à la grippe, que celui-ci couvre maintenant 97 centres de notification et deux centres mondiaux. Les renseignements sont de ce fait obtenus beaucoup plus rapidement que par le passé, par exemple sur l'évolution de la structure antigénique des souches. Il faut signaler une autre amélioration récente, utile pour la production de vaccins : des souches nouvelles peuvent aujourd'hui être combinées à des souches anciennes adaptées à une bonne croissance en laboratoire, de sorte qu'on peut obtenir de très grandes quantités d'antigènes en trois mois à trois mois et demi alors qu'il y a quelques années il fallait six à huit mois.

On ne sait pas pourquoi les mêmes souches ont provoqué des épidémies dans certains pays plusieurs années de suite, mais les renseignements sur ces épidémies sont aujourd'hui plus fiables grâce au système très efficace qui permet d'examiner toutes les souches dans l'un des deux centres mondiaux.

Cependant, rien de ce qui a été fait jusqu'à présent ne peut empêcher une épidémie de grippe, encore que le vaccin soit certainement très utile sur le plan individuel. Le taux de protection conféré par le vaccin tué est probablement d'environ 70 % et la vaccination pratiquée chaque année est certainement utile pour les groupes exposés, même si certaines souches nouvelles échappent au pouvoir protecteur d'un vaccin.

D'importants travaux sont faits actuellement sur les vaccins. On organise dans trois pays des études sur le terrain concernant de nouveaux vaccins vivants qui seront comparés avec des vaccins tués produits par des méthodes plus modernes.

La protection conférée par un vaccin contre un nouveau type de virus grippal dépend de la mesure dans laquelle celui-ci diffère du type précédent. Ainsi, un vaccin produit en 1973 protège encore contre une souche prévalente en 1975, en dépit d'une grande différence antigénique.

Pour ce qui est des fonds, le Dr Cockburn fait observer que, comme les chiffres sont donnés globalement, il n'est pas facile de distinguer les différents postes. Mais on peut, par exemple, noter que des crédits très importants ont été prévus pour la grippe au titre des fonds du réseau des centres de référence. Le Secrétariat est prêt à reprendre la question ultérieurement si cela est nécessaire.

Quant à la poliomyélite en zone tropicale, il est vrai que la réponse des enfants est souvent moins satisfaisante dans les pays tropicaux, tout au moins du point de vue sérologique, que dans les pays tempérés, mais il ne faut pas oublier que, même dans ces conditions, si l'on administre trois doses de vaccin, le taux de séroconversion n'est pas très inférieur à celui que l'on obtient dans les régions tempérées. Cette réponse plus faible semble être due au fait que la substance inhibitrice récemment trouvée en Afrique par une équipe de l'OMS dans la salive

et la gorge d'enfants vivant en zone tropicale pourrait jouer un rôle important en empêchant le virus de pénétrer dans les cellules du canal intestinal. On ne sait pas encore ce qu'est exactement cette substance, mais des travaux sont en cours en Ouganda et en Hongrie, et les perspectives sont encourageantes.

La recherche sur l'hépatite est l'un des secteurs où l'on progresse le plus, et l'agent de l'hépatite B est désormais facile à identifier dans le sérum. On ne peut toujours pas le cultiver, mais on prépare actuellement, à partir de l'antigène du sang circulant des porteurs du virus, des vaccins expérimentaux qui semblent conférer une très grande protection. Il s'écoulera toutefois encore beaucoup de temps avant qu'un vaccin soit disponible.

L'hépatite A a récemment été identifiée nettement chez le ouistiti, et il est facile de produire un antigène fixant le complément qui puisse être utilisé pour le diagnostic de l'hépatite A ainsi que pour différencier celle-ci de l'hépatite B et d'autres formes d'hépatite.

Enfin, le Dr Cockburn précise que des crédits d'un montant estimatif de \$19 400 sont prévus sous la rubrique "Comités d'experts", dans le projet de budget programme, pour le Comité d'experts de l'hépatite.

Le Dr HITZE (Chef du service de la Tuberculose), répondant aux questions posées sur les services de lutte antituberculeuse de l'OMS, se félicite que l'on ait mentionné l'importante recherche opérationnelle conduite en Roumanie, qui devrait être très profitable à l'analyse coûts/avantages d'une intégration de la lutte antituberculeuse aux services de santé généraux d'un pays européen. Il est également heureux qu'on ait mentionné l'appui capital que peuvent fournir les organismes bénévoles en mobilisant la participation de la collectivité aux programmes intégrés.

Le Dr Hitze a noté avec un grand intérêt qu'on avait pu préparer les vaccinateurs anti-varioliques à pratiquer les vaccinations par le BCG. Des efforts analogues ont été faits avec succès dans d'autres pays et ont permis d'accroître considérablement la couverture de vaccination par le BCG.

On a demandé pourquoi dans certains pays en voie de développement l'incidence de la tuberculose était de deux à trois cents fois plus élevée que dans quelques pays techniquement avancés et pourquoi dans les premiers pays la maladie ne régressait pas comme elle le fait dans les pays où la prévalence est déjà faible. D'après le schéma épidémiologique typique, une fois que la régression de l'incidence a été amorcée et qu'elle a pu être maintenue suffisamment longtemps, on constate que le risque d'infection diminue de moitié tous les 5 à 7 ans. Si cela ne s'applique pas à de nombreux pays en voie de développement, c'est que bien souvent ils ne sont pas en mesure d'adopter l'approche systématique et décidée qui s'impose sur le plan préventif ou curatif. Il en résulte que les populations vulnérables sont insuffisamment couvertes par la vaccination BCG, et que souvent il n'y a pas de programme d'entretien faisant suite à la phase intensive du programme de vaccination. En ce qui concerne les programmes de dépistage et de traitement, trop peu de sources d'infection sont identifiées et, une fois dépistées, trop peu sont traitées avec succès, si bien que la tuberculose continue de se propager dans la collectivité. D'autre part, dans le cas d'une maladie à évolution lente comme celle-ci, on ne doit pas oublier que, même avec des programmes fonctionnant de manière satisfaisante depuis un certain temps, il faut des décennies avant que les résultats soient perceptibles. En ce qui concerne les conditions préalables indispensables pour tout programme de cet ordre, à savoir la détermination du pays, la qualité de la planification et de l'exécution du programme, le Dr Hitze appelle l'attention de la Commission sur le document A28/WP/5 concernant le programme élargi de vaccination de l'OMS. Ces conditions valent naturellement pour tous les programmes d'action sanitaire et notamment pour ceux qui exigent des thérapeutiques très longues, comme c'est le cas pour la tuberculose et la lèpre.

Dans ces conditions, les programmes antituberculeux et antilépreux ne peuvent être combinés qu'à la condition d'être correctement planifiés. Avant de procéder à leur intégration systématique, il est indispensable d'étudier, dans un petit nombre de pays qui serviront de modèles, les situations les plus fréquentes, les conditions minimales à réunir pour parvenir à l'intégration des programmes, ainsi que la méthode la plus rationnelle à employer. Le Gouvernement de la Haute-Volta s'apprête à entreprendre une enquête opérationnelle de cet ordre avec l'aide de l'OMS; on espère qu'elle fournira une base solide pour l'établissement d'un programme combiné de lutte antituberculeuse et antilépreuse qui pourra être exécuté par les services sanitaires de base.

La pénurie de médicaments antituberculeux préoccupe l'OMS. Des pénuries aiguës de matières premières se sont conjuguées à des augmentations importantes de prix. Il a été suggéré au FISE qu'il devrait, si la chose était possible du point de vue financier et pratique, assurer les laboratoires pharmaceutiques de son intention d'acheter les médicaments pendant une longue période, et faire des commandes en gros auprès des laboratoires afin d'influencer leurs programmes de fabrication.

Le Dr SANSARRICQ (Chef du service de la Lèpre) déclare que deux études contrôlées sur l'effet préventif de la dapsona à l'égard de la lèpre sont menées depuis huit ans en Inde et aux Philippines. Elles portent sur plusieurs milliers d'enfants. Un effet protecteur a été observé chez environ 50 % de ceux-ci dans les deux études, mais il cesse lorsque l'administration du médicament est arrêtée. Le dernier congrès international de la lèpre n'a d'ailleurs pas recommandé la chimioprophylaxie comme mesure de lutte contre la lèpre.

Le Dr TARIZZO (service des Maladies à Virus) déclare qu'il existe deux types de vaccin contre le typhus à poux : le vaccin tué, composé soit de rickettsies tuées par le formol et d'antigènes solubles associés soit de produits solubles précipités à partir de Rickettsia prowazeki autolysé par le sulfate d'ammonium, et le vaccin produit à partir de la souche E vivante atténuée de R. prowazeki. Les deux types de vaccin ont suscité une réponse immunitaire chez le cobaye et chez l'homme, mais aucun ne confère une protection absolue à l'homme. On a pu montrer cependant que le premier modifie la maladie et réduit la mortalité. Bien que le vaccin vivant atténué cause certaines réactions secondaires, il confère une bonne protection en cas d'épidémie, il modifie le profil des anticorps dans les régions d'endémie, et il est assez bien accepté par la population. Son emploi a été recommandé dans les cas où le typhus pose un problème de santé publique. On pense qu'une ou deux doses du vaccin tué confèrent une protection pendant 12 à 18 mois. Il faut réunir des données complémentaires sur l'efficacité du vaccin de souche E, ce qui exigera des essais comparés sur le terrain. On considère actuellement que la vaccination constitue l'une des quatre mesures qu'il faut appliquer en association pour lutter contre la maladie : traitement (de préférence une dose unique de doxycycline); épouillage des malades et de leurs contacts; vaccination des groupes à risque élevé; et - ce qui est le plus important à long terme - éducation sanitaire,

Le Dr ABDUSSALAM (Chef du service de la Santé publique vétérinaire) souligne l'importance de l'hygiène des denrées alimentaires dans le commerce international et pour les normes alimentaires. Une bonne part du programme d'hygiène des denrées alimentaires de l'OMS vise l'élément sanitaire des normes qui sont en cours d'élaboration. Dans le programme pour 1976, on a prévu un comité d'experts de la microbiologie des denrées alimentaires qui sera essentiellement chargé d'examiner les normes et critères microbiologiques pouvant être inclus dans les normes des denrées alimentaires. Mais il faut aussi élaborer des méthodes permettant de vérifier ces critères et ces normes. Le Dr Abdussalam appelle l'attention sur le problème important que pose dans la pratique le contrôle sanitaire des produits alimentaires, sur lequel achoppent de nombreux programmes. C'est une chose que d'élaborer des normes et de décrire les méthodes permettant de les respecter, mais c'est autre chose que d'appliquer ces normes dans l'action de santé publique. La principale difficulté à cet égard tient à la faiblesse des services de laboratoire des denrées alimentaires. Pour remédier à cette situation, le Centre panaméricain des Zoonoses et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ont organisé des cours de microbiologie alimentaire. Il n'a pas été possible jusqu'à présent d'organiser un enseignement collectif dans d'autres régions, mais certains centres collaborateurs peuvent assurer une formation individuelle. On envisage en outre de préparer des manuels pour les travailleurs de laboratoire qui ne peuvent profiter de cet enseignement. Un manuel sur l'examen microbiologique des fruits de mer est sous presse.

La question des étiquetages trompeurs constitue un autre problème qui sera partiellement résolu lorsque le contrôle des produits alimentaires sera satisfaisant. Un Comité spécial du Codex Alimentarius est chargé de donner des avis sur l'exactitude des indications portées sur les emballages de denrées alimentaires.

Les zoonoses comme la leptospirose, la brucellose et l'échinococcose occupent déjà une place importante dans le programme de l'OMS, qui s'efforce d'obtenir une collaboration aussi large que possible des instituts compétents de différents pays. Les laboratoires de l'Union soviétique participent au programme et les suggestions présentées par le délégué de l'URSS aideront à renforcer cette collaboration.

En ce qui concerne les critères applicables aux examens vétérinaires internationaux destinés à prévenir la propagation de la leptospirose, le Dr Abdussalam explique que beaucoup de pays exigeaient autrefois que tout animal entrant sur leur territoire soit exempt d'agglutinines anti-Leptospira. Ce critère n'est plus valable puisqu'on a montré que Leptospira pouvait être présent dans les reins de l'animal et excrété dans les urines sans qu'on observe d'agglutinines. La seule mesure applicable en l'espèce est un examen très approfondi mais, étant donné la large distribution de Leptospira, on peut se demander s'il se justifie.

Le Bulletin de l'OMS n'a pas encore consacré de numéro spécial à la brucellose; en revanche, des numéros spéciaux ont été consacrés aux gripes animales, à l'échinococcose et à la classification des tumeurs animales. On espère publier d'autres numéros spéciaux, à la condition bien

sûr que la documentation soit suffisante. Il a été suggéré qu'il faudrait faire des publications spéciales sur la rage en raison de son extension. La rage tient une place particulièrement importante dans le programme de l'OMS et a fait l'objet de différentes publications telles que le Rapport du Comité d'experts de la Rage, la monographie sur les techniques de laboratoire appliquées à la rage (dont la troisième édition vient de paraître) et des rapports sur des aspects particuliers du sujet comme la rage des animaux sauvages.

La fascioliase, qui peut être causée par Fasciola hepatica ou par F. gigantica, se rencontre chez l'homme aussi bien que chez les animaux : de petites poussées ont été signalées chez l'homme en France, à Cuba, à Hawaï et dans certaines régions de l'Union soviétique, dans des endroits où la maladie sévissait chez les animaux et où la population consommait des végétaux crus - par exemple, du cresson - provenant de sols encaissés. Le tableau clinique de la maladie n'est pas le même chez l'homme que chez l'animal : le parasite se rencontre de temps à autre dans le canal hépatique, comme chez l'animal, mais le plus souvent il émigre dans la cavité péritonéale ou apparaît dans des abcès sous-cutanés. Cela dit, la fascioliase ne pose pas de problème de santé publique.

Se référant à la récente découverte de cas de kala-azar en Irak, le Dr Abdussalam déclare qu'on a là un bon exemple de foyer naturel de zoonose échappant à l'observation pendant une longue période. Il souligne la nécessité d'instituer une surveillance des zoonoses, surtout en ce qui concerne les réservoirs constitués par les animaux sauvages et domestiques dans lesquels elles peuvent rester inaperçues pendant quelque temps.

Le Dr HAMON (Chef du service de la Biologie des vecteurs et de la lutte antivectorielle) déclare que l'équipe de recherches interrégionales opérant en Indonésie s'efforce de résoudre le problème de la lutte antivectorielle et profite de la position géographique de l'Indonésie qui permet de servir à la fois les pays des deux Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Grâce à l'aide fournie par le Gouvernement des Etats-Unis, l'équipe pourra accroître ses activités au cours des trois prochaines années et notamment intensifier ses études sur la lutte contre les vecteurs du paludisme résistant au DDT et à la dieldrine.

Lutte contre les maladies non transmissibles (secteur de programme 5.2)

Le Dr AKHMETELI (Directeur de la Division des Maladies non transmissibles) déclare que les objectifs du secteur de programme en question sont les suivants : développer et renforcer les études épidémiologiques visant à évaluer la part des maladies non transmissibles dans la mortalité et la morbidité humaines; mettre en oeuvre des programmes de prévention et de lutte; suivre régulièrement les progrès de la recherche biomédicale sur l'étiologie et la pathogenèse et tirer parti des connaissances nouvellement acquises pour apporter des solutions aux problèmes de santé publique causés par ces maladies; développer et renforcer les services de prévention et de lutte et promouvoir l'intégration de ces services dans les services de santé généraux, ainsi qu'une étroite coordination entre les programmes relatifs aux diverses maladies; promouvoir et soutenir les activités de formation en relation avec l'étude des maladies non transmissibles et la lutte contre ces maladies.

Différentes par certains aspects, ces maladies ont des points communs, notamment le fait d'être liées à l'environnement et au mode de vie. D'ordinaire elles débutent et se développent insidieusement et, souvent, ne deviennent manifestes que lorsqu'elles ont atteint un stade avancé. Il faut tirer de ce fait deux conclusions principales : tout d'abord, l'importance des examens systématiques pour les groupes de population à risque élevé, ainsi que du dépistage et du traitement précoces; en second lieu, dans tout programme à long terme de prévention primaire, l'importance d'accorder la priorité aux groupes d'âge jeunes, et même aux enfants.

En ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, en plus de son aide aux pays, l'OMS fait porter ses efforts sur l'élaboration de méthodes de mesure de la santé cardio-vasculaire de la collectivité, sur la lutte contre les maladies cardio-vasculaires et sur la réadaptation. Ces méthodes permettent de faire une évaluation uniforme des paramètres recueillis dans les études de prévalence et sont applicables à différents pays quels que soient leurs structures sociales et économiques et leurs services de santé. Des enquêtes sur la prévalence ont permis de faire une étude comparée des formes aiguës de cardiopathie ischémique observées dans la collectivité; elle a été achevée en 1974. On a enregistré tous les cas d'infarctus du myocarde se produisant dans une population de 3,6 millions d'individus. En 1971 et 1972, 9000 cas ont été enregistrés dans 20 régions, surtout en Europe, dans le groupe d'âge 20-64 ans. La moitié des sujets qui sont morts dans les quatre semaines sont en fait décédés dans les deux premières heures. De nombreuses vies pourront être sauvées si l'on parvient à identifier les symptômes particuliers précédant la crise cardiaque. L'étude a permis de recueillir d'importants renseignements sur l'histoire de la maladie ainsi que sur le fonctionnement des services de santé dans les régions considérées. Elle a également fait apparaître des différences géographiques importantes dans

les taux d'incidence des cas aigus d'infarctus du myocarde en Europe. Jamais encore on n'avait rassemblé de données aussi détaillées sur la morbidité et la mortalité par insuffisance cardiaque à l'échelle d'un continent. En ce qui concerne le projet d'enregistrement des accidents vasculaires cérébraux, indépendamment des 17 centres qui fonctionnent déjà, des régions pilotes de l'Inde et de Sri Lanka ont commencé en 1974 à envoyer des informations à l'OMS. Au total, 6472 cas nouveaux étaient enregistrés en septembre 1974. Le contrôle de 3113 malades trois mois après l'accident a montré qu'environ 80 % de ceux qui étaient comateux au moment de l'accident étaient décédés, contre 15 % seulement de ceux qui étaient restés pleinement conscients. Les données volumineuses sur les maladies cardio-vasculaires qui résultent des études patronnées par l'OMS sont progressivement utilisées pour la planification et l'organisation de services complets, soit dans des régions pilotes soit à différents échelons administratifs selon les pays. L'expérience acquise montre qu'il est possible d'influer sur les facteurs de risque et, par une intervention appropriée, de réduire la morbidité et la mortalité, bien qu'il soit difficile d'évaluer correctement les interactions entre les facteurs en jeu. On pense que le programme se poursuivra pendant la période envisagée.

On prête une attention croissante - mais encore insuffisante - aux autres maladies non transmissibles, notamment le diabète, les affections pulmonaires chroniques, la polyarthrite chronique évolutive, et les maladies rénales et hépatiques chroniques. Une étude du diabète et de ses complications dans plusieurs groupes nationaux et géographiques, qui a été préparée en 1973, portera essentiellement sur les diabétiques âgés de 35 à 54 ans. On explorera les relations entre la fréquence des maladies vasculaires d'une part, la durée, le traitement du diabète et différents facteurs d'autre part. Les maladies chroniques non spécifiques de l'appareil respiratoire ont été étudiées à une réunion de chercheurs sur l'épidémiologie de ce groupe de maladies qui s'est tenue à Genève en 1974. Les membres du groupe ont examiné le problème de l'identification premiers stades de la maladie en vue de définir les principes de la prévention. Les recommandations qu'ils ont formulées seront mises en oeuvre ultérieurement au niveau du Siège et des Régions.

En mars 1974, l'OMS a organisé - en liaison avec le Kennedy Institute of Rheumatology de Londres - une réunion de chercheurs pour étudier les grandes lignes de ce que devrait être la coopération internationale sur les maladies rhumatismales et le rôle que pourrait jouer l'OMS.

En ce qui concerne l'hygiène dentaire, l'OMS s'emploie essentiellement à aider à planifier avec la souplesse requise les services d'hygiène bucco-dentaire (personnels inclus) en les intégrant, partout où la chose est possible, aux plans et programmes sanitaires nationaux. Cette assistance est fondée sur un sous-programme extrêmement élaboré d'épidémiologie (rassemblement, stockage et extraction des données). La prévention - surtout par utilisation du fluor - reçoit la priorité numéro un dans toutes les activités d'hygiène dentaire de l'OMS.

Le programme concernant les aspects biomédicaux des rayonnements vise essentiellement à améliorer les services radiologiques s'occupant du diagnostic, de la radiothérapie et de la médecine nucléaire. Il comporte le rassemblement de données, l'évaluation des besoins en services d'approvisionnement, l'établissement de modèles de planification, en particulier de services radiologiques de base. L'accent est mis sur la formation de médecins, de personnel technique et de radiophysiciens médicaux, desquels dépend la qualité des services. Dans le même ordre d'idées, on étudie les expositions des populations aux rayonnements à des fins médicales, ainsi que les effets biologiques possibles de ces expositions et les facteurs modifiant la réponse biologique aux rayonnements. La médecine nucléaire s'occupe essentiellement des problèmes posés par l'emploi à des fins médicales des radionucléides et par la standardisation des méthodes de routine. L'emploi des rayonnements ionisants sur des êtres humains pose un problème extrêmement difficile et le Comité d'experts prévu pour 1977 devra établir des directives claires sur ce qu'il convient de faire dans cette question d'importance croissante.

L'immunologie présente des zones d'intérêt communes avec plusieurs domaines et l'unité d'Immunologie collabore avec d'autres unités de l'OMS à des projets communs, par exemple la standardisation des réactifs pour l'estimation de l'antigène carcino-embryonnaire et d'autres antigènes spécifiques de tumeurs, l'étude des mécanismes immunobiologiques qui interviennent dans le syndrome de choc de la dengue, et plus généralement l'immunologie des maladies parasitaires. L'unité est responsable de l'organisation de cours de formation en immunologie générale et appliquée qui ont lieu dans les 11 centres OMS de recherche et de formation en immunologie répartis dans le monde entier. L'unité consacre une attention particulière à l'immunologie clinique et notamment à la standardisation des réactifs. Une des priorités dans ce domaine est la standardisation des antisérums marqués à la fluorescéine pour le diagnostic de certaines maladies infectieuses comme la syphilis. Il est prévu d'étendre le programme à la standardisation des tests *in vitro* et des réactifs correspondants pour le diagnostic des allergies. L'OMS encourage la mise au point de nouveaux tests pour l'immunologie du rhumatisme et leur évaluation clinique.

L'unité de Génétique humaine s'occupe actuellement de programmes de recherche sur la génétique de groupes spéciaux de population, la génétique clinique, les bases moléculaires des maladies héréditaires, la structure des populations et l'immunogénétique. Les principaux problèmes de génétique humaine intéressant la santé publique sont les hémoglobinopathies, les troubles cytogénétiques et les erreurs innées du métabolisme. Une approche nouvellement adoptée consiste à utiliser des marqueurs génétiques dans le cadre du système de mesures appliqué à l'étude des maladies infectieuses et à la lutte contre ces maladies. L'unité de Génétique humaine participe également à la formation à tous les échelons en soutenant des cours donnés dans différentes parties du monde.

Le Dr HIDDLESTONE (Nouvelle-Zélande) déclare que, lors d'un séminaire sur la prévention et la lutte contre les maladies cardio-vasculaires, récemment organisé à Manille, on a eu le sentiment très vif qu'il était indispensable de renforcer considérablement l'épidémiologie dans le domaine des maladies non infectieuses chroniques, notamment des maladies cardio-vasculaires. Il se pose de sérieux problèmes dans de nombreux pays de la Région du Pacifique occidental (troubles tels que le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme cardiaque) qui ne sont absolument pas abordés de manière efficace. La Région offre des occasions exceptionnelles - peut-être uniques - d'acquérir des connaissances scientifiques sur la manière dont les changements psychologiques, sociaux et culturels peuvent influencer sur l'apparition de troubles comme l'hypertension, la cardiopathie coronarienne et le diabète. Le rythme des transformations dans de nombreux pays de la Région exige qu'on entreprenne des études épidémiologiques approfondies; les données qu'on en tirera permettront d'introduire des programmes d'intervention à un stade où les cardiopathies coronariennes et l'hypertension ne sont pas encore aussi fréquentes qu'elles le sont dans les pays développés.

Planification du programme et activités générales (programme 5.2.1)

Il n'y a pas d'observation.

Cancer (programme 5.2.2)

Le Dr LEON (Argentine) déclare que dans son pays le traitement du cancer fait appel à la chirurgie, aux rayonnements et à la chimiothérapie. La chirurgie est d'un niveau technique élevé et le traitement radiologique est à la pointe du progrès. Des mesures ont été prises pour acheter le premier accélérateur. Dans toutes les régions de l'Argentine la demande de radiothérapie peut être satisfaite, mais il n'en va pas de même en ce qui concerne les appareils à cobalt 60, qui n'existent que dans les centres les plus peuplés. On s'efforce actuellement de remédier à cette carence.

La chimiothérapie du cancer pose des problèmes de temps et de quantité. Les autorités de la santé publique ont créé à la fin de 1974 une banque nationale des médicaments anticancéreux; une autre banque fonctionne de manière efficace depuis 10 ans dans la province la plus vaste et la plus peuplée de Buenos Aires qui compte une population de plus de 10 millions d'habitants. Ces banques ne sont pas simplement des fournisseurs de médicaments : elles importent et achètent pour le compte de l'Etat tous les médicaments anticancéreux qui ont dépassé le stage expérimental. Les médicaments sont fournis au prix coûtant ou gratuitement quand le malade n'a pas les moyens de les payer. Ils sont délivrés contre présentation d'une ordonnance indiquant le nom du malade, son âge, l'adresse, le diagnostic, le numéro d'identité et le nom du médecin traitant. La banque organise des cours dans l'intérieur du pays afin de montrer aux médecins locaux comment utiliser les médicaments. Il existe en outre un service de consultation postale grâce auquel les médecins des zones périphériques peuvent demander des schémas de traitement, que la banque établit sur la base des données fournies par le médecin, et lui envoie par la poste, avec des précisions sur les effets secondaires et les complications possibles. On organise actuellement des filiales des banques de médicaments qui opéreront dans l'intérieur du pays en collaboration avec des groupes de médecins spécialisés dans ce type de traitement. A l'heure actuelle, la banque nationale de médicaments détient pratiquement tous les médicaments anticancéreux qui ont fait la preuve de leur efficacité et d'une relative absence de toxicité.

Le Professeur TATON (Pologne) appuie vigoureusement le programme de coopération internationale en matière de recherche sur le cancer. Les résultats déjà obtenus par le programme constituent un bon exemple de ce qu'une action internationale permet de réaliser. La Pologne coopère depuis de nombreuses années avec l'OMS à la recherche sur le cancer, notamment aux échanges d'informations et de méthodes scientifiques sur des sujets de recherche tels que l'étiologie des tumeurs malignes, les mécanismes de la transformation maligne, l'immunologie

du cancer, l'évaluation de différentes méthodes de traitement, en particulier de celles qui ont trait au cancer du sein et de l'utérus, aux processus de prolifération maligne des systèmes lymphatique et hématopoïétique, au cancer de l'appareil digestif et à la classification des cancers les plus fréquents chez l'homme. Grâce à cela, les recherches menées en Pologne sur le cancer ont pu progresser dans ces différents domaines.

Les principaux sujets de recherche au niveau national et international sont actuellement les suivants : épidémiologie des maladies malignes en Pologne; effets des facteurs environnementaux sur l'apparition et le développement de tumeurs malignes; chimiothérapie expérimentale et clinique; facteurs génétiques et immunologiques de la transformation maligne; organisation de la lutte anticancéreuse; formation des oncologues.

Le Gouvernement polonais a accordé une priorité très élevée aux recherches sur le cancer et sur la lutte anticancéreuse et espère ainsi stimuler et intensifier la recherche dans ce domaine.

Le Professeur Taton appuie vigoureusement le projet de résolution proposé par les délégations du Botswana et d'autres pays sur la planification à long terme de la coopération internationale en matière de recherche sur le cancer.

La séance est levée à 17 h.40.

* * *