

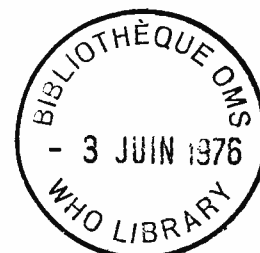


VINGT-NEUVIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

COMMISSION B

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA VINGTIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Jeudi 20 mai 1976, à 8 h.30



PRESIDENT : Dr M. Z. DLAMINI (Souaziland)

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Projet de septième rapport de la Commission B	2
2. Rapports sur des questions techniques particulières (suite)	2
Etat d'avancement du programme antipaludique (suite)	2
Promotion des services nationaux de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires et le développement rural	11
et	
Technologie sanitaire relative aux soins de santé primaires et au développement rural	11

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Rédacteur en chef, service d'Édition-Rédaction, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, avant le 9 juillet 1976.

VINGTIEME SEANCE

Jeudi 20 mai 1976, à 8 h.30

Président : Dr M. Z. DLAMINI (Souaziland)

1. PROJET DE SEPTIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B (document A29/72)

Sur l'invitation du PRESIDENT, le Professeur KHALEQUE (Bangladesh), Rapporteur, donne lecture du projet du septième rapport de la Commission B (document A29/72).

Décision : Le rapport est adopté.

2. RAPPORTS SUR DES QUESTIONS TECHNIQUES PARTICULIERES : Point 2.5 de l'ordre du jour (suite)

Etat d'avancement du programme antipaludique : Point 2.5.17 de l'ordre du jour (Actes officiels N° 231, partie I, résolution EB57.R26 et annexe 7; document A29/25) (suite)

Le PRESIDENT rappelle qu'un projet de résolution sur l'état d'avancement du programme antipaludique a été présenté par le délégué de l'Inde à la dix-huitième séance, au nom des délégations de l'Afghanistan, du Bangladesh, du Guatemala, de l'Inde, de l'Italie, du Kenya et du Venezuela.

Le Professeur KHALEQUE (Bangladesh) déplore le fait que l'on soit en train de perdre la bataille contre le paludisme. Son pays peut être cité en exemple : le programme antipaludique du Bangladesh était l'un des meilleurs, mais, au cours des trois dernières années, le nombre des cas a doublé chaque année. Son Gouvernement s'est engagé à fond dans cette lutte, sur le plan politique, social et technique. Le programme antipaludique a été intégré dans les services généraux de santé et plus spécialement dans les services de santé primaires, tout en conservant son caractère propre et en bénéficiant de l'importance qu'il mérite, particulièrement dans les zones de forte endémicité. On incorpore maintenant au personnel permanent des agents qui occupaient précédemment des emplois temporaires, pour bien montrer que le Gouvernement prend la question au sérieux et pour donner plus d'efficacité au programme. Des recherches se poursuivent, aussi bien sur le terrain que dans des institutions.

Les facteurs dont doit tenir compte la stratégie de la lutte contre le paludisme ont été mis en relief dans le rapport du Directeur général, qu'il convient de féliciter pour son intervention opportune. Il faut aussi féliciter le Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est d'avoir organisé au Bureau régional la récente réunion consultative sur le paludisme.

Le Dr PLIANBANGCHANG (Thaïlande) fait remarquer que le rapport du Directeur général laisse entendre que de nouvelles méthodes seront mises au point pour combattre le paludisme. Il est à espérer que l'OMS accroîtra ses efforts pour aider les Etats Membres à combattre et à éradiquer cette maladie.

Dans le rapport du Comité ad hoc du Paludisme (Actes officiels N° 231, partie I, annexe 7), la Thaïlande figure sur la liste des pays dans lesquels l'éradication du paludisme ne progresse que lentement. Le taux d'incidence de la maladie dans le pays s'est élevé de façon alarmante au cours des trois dernières années pour des raisons techniques et administratives et notamment à cause de l'assouplissement des critères applicables à la conduite du programme antipaludique et à un retour en arrière, dû au manque de fonds, en ce qui concerne l'effectif du personnel et le volume des fournitures indispensables disponibles. La Thaïlande a mis en route son programme d'éradication du paludisme en 1965, mais la maladie est toujours largement répandue dans tout le pays, avec des degrés d'endémicité variables. Des progrès substantiels ont été accomplis depuis le début du programme : dans un premier temps, 26,7 millions de personnes avaient été couvertes au cours de la phase d'attaque et 3,6 millions au cours de la phase de consolidation; en 1975, les chiffres correspondants étaient de 6,4 et 31,5 millions. L'objectif final est toujours d'éradiquer le paludisme dans la plus grande partie du pays et de poursuivre une lutte à long terme dans les zones frontalières et les zones montagneuses, où vivent environ sept millions de personnes.

On rencontre en Thaïlande trois espèces de parasites du paludisme : Plasmodium vivax, P. malariae, et P. falciparum. En 1962 on a constaté que P. falciparum ne répondait que faiblement à la chloroquine, et faisait preuve d'une certaine résistance dans 90 % des cas d'infection. Il y a en Thaïlande cinq espèces d'anophèles connus pour être vecteurs du paludisme, et deux que l'on soupçonne de jouer le même rôle, et tous sont sensibles au DDT. Toutefois, les études faites sur le terrain ont montré que la transmission du paludisme par certaines de ces espèces ne peut être interrompue rapidement en dépit de l'effet du DDT sur leur capacité vectorielle.

Le taux de mortalité par paludisme pour cent mille habitants a été ramené de 297 en 1947 à 14 en 1973, et le taux de morbidité de 286 pour mille en 1947 à 5 pour mille en 1965. L'incidence annuelle du parasite est passée de 1,3 à 6,7 pendant la période 1970-1974, et elle a été de 5,5 pendant les neuf premiers mois de 1975. Cette augmentation est due à de nombreux facteurs : vastes mouvements migratoires intérieurs de personnes cherchant du travail dans l'agriculture, les mines et l'exploitation forestière; résistance de P. falciparum à la chloroquine; pénurie de microscopistes entraînant des retards dans les traitements; augmentation du nombre des gîtes larvaires créés par l'action de l'homme et manque de législation appropriée; augmentation de 150 % du prix du DDT en l'espace de deux ans et régression dans l'application des mesures essentielles due à l'insuffisance des crédits budgétaires. De plus, la Thaïlande a accueilli des dizaines de milliers de réfugiés, dont beaucoup sont porteurs du parasite du paludisme, ce qui pose un problème de transmission potentiel. Enfin, l'activité des guérillas empêche le personnel antipaludique d'atteindre certaines zones infectées.

Néanmoins, la Thaïlande s'efforce toujours d'éradiquer le paludisme. Le programme d'éradication pour les cinq prochaines années a été inclus dans le quatrième plan quinquennal sanitaire national, le but visé étant de réduire le taux de mortalité de 50 % et l'accent étant mis sur une intégration accrue du programme dans les services de santé généraux. Compte tenu du fait que les fonds et le personnel dont on dispose sont limités, des changements devront être apportés à l'administration du programme. Les opérations devront être adaptées aux conditions géographiques et démographiques locales, et de nouvelles recherches sur les vecteurs seront nécessaires. Le personnel devra se recycler pour s'adapter aux circonstances nouvelles. Une aide extérieure reste indispensable. L'OMS et d'autres institutions donatrices ont beaucoup contribué aux succès obtenus dans le passé par la Thaïlande, et ce pays compte sur la continuation d'une aide de l'OMS pour poursuivre son programme antipaludique.

Le Dr Plianbangchang appuie le projet de résolution.

M. AVRAMIDIS (Grèce), soutenant lui aussi le projet de résolution, souligne la complexité du problème de l'éradication du paludisme.

En Grèce, 215 cas ont été décelés de 1963 à 1975 chez des personnes infectées à l'étranger, 60 % de ces cas étant dépistés entre 1971 et 1975. Près de 46 % des cas étaient imputables à P. vivax, 35 % à P. falciparum, et 18 % à P. malariae. Le groupe d'âge le plus atteint (32 %) était le groupe de 21 à 30 ans et, dans la répartition par profession, les marins occupaient la première place (47 %). La plupart des cas importés provenaient d'Afrique.

Depuis 1973, il n'y a pas eu de cas de paludisme indigène en Grèce, mais une surveillance intensive a été maintenue en raison de la présence de trois espèces d'anophèles vecteurs. Il est nécessaire que tous les médecins connaissent les symptômes cliniques du paludisme pour pouvoir établir un diagnostic précoce et appliquer en temps voulu le traitement nécessaire.

Le Dr AKALAY (Maroc) rappelle que le paludisme est l'une des grandes endémo-épidémies qui ont ravagé son pays pendant des siècles. La lutte contre le paludisme a commencé voici plus de soixante ans et a passé par plusieurs stades, dont le premier visait à ramener l'incidence de la maladie à des limites tolérables. En 1960, le Maroc a donné une nouvelle orientation à sa politique sanitaire et il a été décidé de doter tout le pays d'une infrastructure sanitaire de base, d'adopter une approche multidisciplinaire visant à résoudre les principaux problèmes posés par les maladies transmissibles et de remplacer les méthodes anonymes de la médecine de masse par une action personnalisée plus moderne et plus efficace. Une telle infrastructure, basée sur la création d'un service itinérant rural, devrait pouvoir servir de support à un programme d'éradication du paludisme. Ce programme est une des composantes principales d'une action de santé publique intégrée dans le fonctionnement normal du réseau sanitaire de prévention.

En 1961 a été créé le service central d'éradication du paludisme, qui comporte un bureau d'opérations et de renseignements épidémiologiques, un laboratoire d'hématologie et un laboratoire d'entomologie. Le Maroc n'a pas adopté la méthode largement utilisée de l'aspersion massive intradomiciliaire de DDT pendant la période de transmission de la maladie, parce qu'elle pollue l'environnement; l'importance variable des foyers, l'absence de moyens financiers suffisants pour les opérations massives d'éradication à l'échelle du pays et l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire dans la plupart des zones impaludées rendaient impossibles la réalisation d'un programme d'aspersion complet et l'application ultérieure de mesures de consolidation et d'entretien. Au lieu de cela, on a procédé par étapes successives, celles-ci étant liées à la mise en place effective de centres de santé et de dispensaires dotés du personnel et du matériel nécessaires. Le Maroc se dispose maintenant à attaquer les quelques bastions de la maladie qui subsistent encore.

Le programme a exigé des investissements considérables, mais les résultats obtenus sont à la hauteur de ceux-ci. Alors que l'on avait enregistré 30 893 cas en 1964, il n'y en a eu que 280 en 1975. La recherche des derniers cas, de plus en plus difficiles à trouver, a imposé une tâche ingrate aux infirmiers et aux microscopistes, mais il fallait éviter tout relâchement des activités de lutte et de surveillance. La situation épidémiologique laisse espérer que la maladie pourrait être entièrement éradiquée, et il ne faut pas laisser échapper cette chance, car il en coûterait de nouvelles dépenses importantes qui se feraient au détriment d'autres programmes non moins indispensables à l'élévation du niveau de vie de la population. Le Maroc a lancé son programme de prééradication en 1962 à la suite d'accords conclus avec l'OMS en 1961.

Cet aperçu de la situation au Maroc vise à montrer que les circonstances peuvent varier d'un pays à l'autre et que les services de santé doivent rechercher des solutions qui tiennent compte de toutes les caractéristiques et possibilités de chaque pays. L'expérience du Maroc prouve que les progrès de la lutte antipaludique ne peuvent être que parallèles au développement de l'infrastructure de base.

Le Dr Akalay appuie le projet de résolution.

Le Professeur CORRADETTI (Italie) estime que la détérioration de la situation du paludisme dans le monde au cours de ces dernières années résulte d'un ensemble d'erreurs, anciennes et nouvelles. Dans de nombreux cas, on a manifesté un enthousiasme injustifié pour des programmes d'éradication qui se sont révélés irréalisables ou prématurés et qui ont entraîné l'interruption de toutes les mesures de lutte antipaludique. On a oublié que l'éradication du paludisme est beaucoup plus coûteuse que les mesures visant à maintenir la maladie à un faible niveau, si bien que plusieurs pays doivent maintenant faire face à des problèmes sérieux et même à des épidémies.

Il ne faut pas attendre de miracle de la lutte contre le paludisme, qui sera longue. Les pays où l'endémicité du paludisme est élevée doivent s'efforcer d'éliminer la mortalité et de maintenir la morbidité à un faible niveau pendant très longtemps. Si l'on ne trouve pas de nouvelles armes, certains problèmes prendront de plus en plus d'acuité au cours des vingt-cinq prochaines années. Les parasites du paludisme deviendront toujours plus résistants à la chloroquine et cette résistance s'étendra à de nouvelles zones. La résistance des vecteurs aux insecticides pourrait également s'étendre à de nouvelles zones et provoquer des poussées ou des épidémies nouvelles.

Dans ces conditions, le travail que fournit l'OMS pour former des paludologues et développer la recherche antipaludique est très valable. Les recherches entreprises pour trouver un vaccin sont de la plus haute importance. Bien que le paludisme ait été éradiqué d'Italie en 1952, c'est à l'Institut supérieur de la Santé qu'a été mis au point, en 1966, le premier vaccin efficace contre le paludisme expérimental provoqué chez les rats par P. berghei. Cette découverte a été suivie par celle d'un nouveau vaccin qui atténue aussi beaucoup l'infection. Le fascicule N° 579 de la Série de Rapports techniques de l'OMS (mentionné dans le document A29/25) contient de nombreuses recommandations concernant la recherche, mais, de l'avis du Professeur Corradetti, il importe avant tout de déterminer si les vaccins dont l'efficacité sur les rats a été démontrée peuvent également sauver des vies humaines et atténuer l'infection chez l'homme. Un exposé de la situation en matière de vaccination antipaludique a été présenté au symposium de la recherche sur la paludisme organisé par l'OMS à Rabat en 1974, et il a été souligné que les vaccins préparés à partir de P. berghei irradiés ou fragmentés protégeaient les rats de la mort et atténuaient les infections subséquentes, que les vaccins étaient sans danger, que l'activité, dans des cas de paludisme humain, de vaccins préparés à partir de parasites humains ne serait connue que lorsque ces vaccins auraient été essayés sur le terrain dans des zones de haute endémicité, et que de tels vaccins ne devaient être préparés qu'en vue de leur

utilisation pour la protection des enfants en bas âge contre P. falciparum. Les vaccins correspondent spécifiquement à une espèce ou même à une souche déterminée. Il appartient donc aux autorités des pays impaludés de préparer sur place des vaccins contre la souche locale de P. falciparum et de les essayer sur le terrain.

Le Dr LEBENTRAU (République Démocratique Allemande) souligne que les problèmes sous-jacents ont été analysés par le Comité ad hoc du Paludisme, dont il appuie vivement les conclusions et recommandations. En particulier, il approuve la recommandation préconisant que l'on donne la priorité à la lutte contre le paludisme ou à l'éradication de cette maladie dans les pays affectés et que l'on prenne des mesures pour assurer la coordination et la coopération suprarégionale, ainsi que les appuis techniques et financiers nécessaires. Le personnel sanitaire opérant dans les zones impaludées doit recevoir une formation adéquate, comme l'a souligné la résolution EB57.R26. Il est essentiel d'éveiller l'intérêt de la population et d'obtenir sa coopération et sa participation en appliquant un programme complet d'éducation sanitaire.

Le paludisme et quelques autres maladies tropicales continueront à poser un problème sanitaire sérieux dans les années à venir. Dans le pays du Dr Lebentrau, la loi prescrit que les personnes se rendant dans des pays tropicaux et subtropicaux doivent être examinées, surveillées et immunisées. Il existe trois centres où sont traitées les personnes souffrant de maladies tropicales. Le paludisme est une maladie à déclaration obligatoire, comme la plupart des autres maladies infectieuses. Les étudiants en médecine venus de pays d'outre-mer reçoivent une formation spéciale en médecine tropicale et cette matière est également enseignée de façon continue aux médecins au moyen de conférences et de cours. Ce n'est que par un effort à l'échelle mondiale, soutenu par la majorité des pays, que le paludisme pourra être éradiqué.

Le Dr Lebentrau appuie le projet de résolution.

Le Dr JAROCKIJ (Union des Républiques socialistes soviétiques) dit que la délégation de l'Union soviétique approuve l'intensification des activités de l'OMS dans le domaine du paludisme. Les efforts déployés par l'Organisation pour renforcer son rôle directeur dans la lutte antipaludique et la recherche sur cette maladie sont clairement exposés dans le rapport du Comité ad hoc du Paludisme ainsi que dans le rapport du Directeur général. La contribution personnelle du Directeur général - qui est le sujet de l'appendice 2 au rapport du Comité ad hoc (Actes officiels N° 231, partie I, annexe 7) - mérite à cet égard une mention toute particulière.

Le travail précieux du Comité ad hoc qui s'est employé, en collaboration avec le Secrétariat, à déterminer les activités qui devraient être intensifiées, a déjà porté ses fruits : des cours nationaux de formation de paludologues ont été mis sur pied dans certains pays, plusieurs réunions sur le paludisme ont été organisées et le FISE a renforcé ses activités. Il faudrait que l'OMS et les gouvernements des pays intéressés s'efforcent d'amener le PNUD et d'autres organisations internationales à accroître leur participation au programme. En effet, il est important non seulement de maintenir les activités à leur niveau actuel, mais aussi de fournir des efforts supplémentaires pour intensifier les activités dans la direction proposée.

Bien que convaincue que la lutte antipaludique ne saurait donner de bons résultats sans l'appui et la volonté des pays, sa délégation estime que l'OMS devrait se montrer plus active dans certains pays - notamment dans les pays de forte endémicité d'Afrique tropicale où les activités de lutte sont trop limitées et où l'expérience fait par conséquent défaut. Sur le total estimatif de 120 millions de cas de paludisme enregistré en 1974, 100 millions se sont produits en Afrique au sud du Sahara. Il faudrait établir dans ces pays, avec l'aide de l'OMS, des programmes nationaux pour l'évaluation multilatérale de la situation du paludisme et, si possible, la lutte antipaludique. Le besoin de programmes de ce type se fait sentir depuis bien longtemps mais étant donné le manque de ressources matérielles et humaines, l'ampleur des activités serait sans doute limitée au début. Les autorités sanitaires, et l'OMS à leurs côtés, devraient participer activement à des discussions sur ce sujet avec les gouvernements, et les plus hautes instances gouvernementales devraient être tenues informées de la situation et encouragées à agir. Les pays où le paludisme sévit à l'état holoendémique devraient non seulement créer des commissions nationales du paludisme conformément à la résolution EB57.R26 du Conseil exécutif, mais aussi établir des programmes nationaux réalistes et organiser des cours de formation sur le paludisme, adaptés autant que possible à la situation écologique et épidémiologique du pays ainsi qu'à sa structure socio-économique. Beaucoup de pays d'Afrique pourraient tirer parti de l'expérience acquise dans d'autres régions, notamment dans les Amériques. Des cours sur les méthodes écologiques de lutte contre le paludisme semblables à ceux qui ont été prévus pour la Région des Amériques devraient aussi être organisés en Afrique.

Les recommandations précieuses formulées à l'issue de la consultation qui s'est tenue dans la Région de l'Asie du Sud-Est, comme l'a indiqué le Directeur régional, devraient être prises en considération au stade actuel du programme antipaludique et les mesures qui ont été appliquées dans cette Région pourraient très bien être appliquées ailleurs.

Il est clair qu'il est nécessaire de réévaluer complètement la situation du paludisme dans le monde. Des enquêtes devraient être faites sur la situation actuelle et les perspectives de la lutte antipaludique dans chaque pays pris séparément, ceux où les activités de lutte sont limitées étant étudiés en premier. Ces enquêtes pourraient être faites à l'aide des questionnaires types qui ont été préparés par l'OMS pour rassembler des données sur les plans nationaux; la portée des activités antipaludiques et les méthodes utilisées; les services de santé; la morbidité et la mortalité; les groupes de populations et les zones les plus touchées par le paludisme; les besoins en personnel; les aspects financiers; les médicaments antipaludiques et les insecticides; enfin, les recherches exécutées ou prévues. Ces activités importantes - qui n'ont pas encore été exécutées dans certains pays - devraient être mises en train le plus tôt possible; les enquêtes devraient être continues, conformément au calendrier d'activités établi d'un commun accord par l'OMS et les Etats Membres. Il est très important que les gouvernements, l'opinion publique, l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif soient tenus régulièrement au courant des résultats des évaluations sur la situation du paludisme (qui s'est modifiée si rapidement ces dernières années) et sur l'établissement des programmes antipaludiques. Dans l'état actuel de la situation, les pays devraient recevoir des indications claires sur les mesures à prendre pour intensifier leurs programmes nationaux. Il faudrait aussi envisager la possibilité de préparer une série de publications ou de monographies, sur la lutte antipaludique dans les différents pays.

Il y a également lieu d'être préoccupé par la distribution des médicaments antipaludiques dans beaucoup de pays qui n'exercent pas de contrôle suffisant ou respectent mal les schémas généralement acceptés pour la prophylaxie et le traitement du paludisme. Il est possible que des souches du parasite en Afrique manifestent bientôt une résistance à la chloroquine. Il est donc urgent de surveiller étroitement les zones où se trouvent des souches résistantes ainsi que de constituer des stocks de médicaments de remplacement adéquats et d'en accroître la production. Des mesures devraient également être prises pour réglementer la production et la distribution de ces médicaments.

L'OMS, qui dispose de renseignements sur l'expérience de pays qui sont parvenus à éradiquer le paludisme, est en mesure de recommander aux pays des modèles d'infrastructures sanitaires et de services antipaludiques susceptibles de donner de bons résultats. Il est nécessaire de diffuser largement l'expérience acquise en matière de lutte antipaludique et, à cette fin, de renforcer le rôle des organisations publiques, la participation de la population et l'éducation sanitaire.

Dans le domaine de la recherche, la priorité devrait aller à des projets de recherche sur le terrain, dont le besoin se fait particulièrement sentir. Il faudrait aussi assurer la mise au point et la production de médicaments et d'insecticides efficaces contre les parasites et les vecteurs qui manifestent une résistance et élaborer des systèmes de lutte dans les zones d'Afrique où le paludisme est holoendémique. A cet égard, il serait intéressant d'obtenir des précisions sur le travail fait au Nigéria au sujet de la création d'un modèle mathématique pour la lutte antipaludique dans la savane africaine. Ce modèle pourrait-il trouver une application pratique dans les services antipaludiques qui ne disposent pas de personnels hautement qualifiés ?

Le Dr MARKIDES (Chypre) signale le coût élevé du programme de surveillance mis en train à Chypre depuis l'éradication du paludisme en 1948, ainsi que les risques de réintroduction de la maladie à la suite des événements tragiques de juillet 1974, qui ont obligé beaucoup de Chypriotes à s'expatrier temporairement pour aller chercher du travail dans des pays où le paludisme sévit encore. Quatre cas, dont un mortel, ont été importés en 1975 et des efforts spéciaux ont dû être faits pour refamiliariser les travailleurs sanitaires avec la maladie. Des cours d'éducation sanitaire sur la prophylaxie du paludisme sont donnés aux Chypriotes qui émigrent et tous ceux qui regagnent ensuite le pays sont placés à leur retour sous surveillance médicale. Le Directeur régional pour la Méditerranée orientale doit être remercié de l'assistance dont ont bénéficié à cette occasion les services antipaludiques du pays.

Etant donné la pollution provoquée par 30 années d'utilisation de DDT, on envisage d'utiliser d'autres insecticides à Chypre et un projet pilote de pulvérisations d'Abate vient d'être lancé. Les autorités chypriotes seraient heureuses d'avoir des renseignements sur l'expérience d'autres pays.

Le Dr Markides apporte son soutien au projet de résolution; il déclare que la menace du paludisme est grande dans un monde que le développement des transports rend de plus en plus petit mais est néanmoins convaincu que la coopération entre les nations conduira finalement à la victoire.

Pour le Professeur JAKOVLJEVIĆ (Yougoslavie), le moment est venu de passer de la parole aux actes. Il ne sous-estime pas les problèmes qui se posent, en particulier les difficultés financières aggravées par la résistance des vecteurs aux insecticides et le coût de plus en plus élevé des insecticides et des médicaments, mais la situation ne lui paraît pas désespérée; l'éradication était en vue il y a quelques années et, à la condition que l'on intensifie les efforts, il sera possible de stopper la recrudescence du paludisme, de consolider les résultats acquis et de poursuivre l'éradication partout où cela sera possible. Comme l'a fait observer le Directeur général lorsqu'il a présenté son rapport annuel, il faudrait fixer des objectifs sociaux et susciter la volonté politique de les atteindre.

L'établissement d'un ordre de priorités dans le secteur sanitaire n'est certes pas facile dans les pays en voie de développement, mais il ne faut pas oublier qu'en tant que maladie épidémique le paludisme représente une menace perpétuelle et que, comme on l'a vu, l'ajournement des opérations antipaludiques aggrave la situation. Il ne faut pas permettre à la réapparition du paludisme endémique d'annuler les avantages de l'éradication de la variole. Il est naturel de s'inquiéter de la situation dans les pays où les programmes antipaludiques se heurtent à des difficultés, mais il faut admettre que d'autres pays n'ont pratiquement rien fait pour combattre l'endémicité paludéenne.

Rappelant que la majorité des délégués a estimé souhaitable, au cours des discussions précédentes, que l'OMS consacre une plus large part de ses ressources à la coopération technique directe avec les pays en développement, le Professeur Jakovljević déclare que toutes les ressources disponibles devraient être utilisées de la façon la plus rationnelle possible, avec la participation des collectivités et l'aide de services techniques bien organisés à l'échelon national et international. Les gouvernements devraient faire la preuve de leur solidarité en apportant des contributions en espèces ou en nature aux programmes antipaludiques menés dans les pays où ces activités sont le plus nécessaires.

Le Dr WRIGHT (Niger) rappelle que les participants à la dernière session du Comité régional de l'Afrique ont décidé de donner la priorité à la lutte antipaludique et dit qu'à la suite d'une étude faite par un consultant de l'OMS, le Niger a quant à lui adopté dans ce domaine un plan de trois ans en vue de réduire la somme de décès, de souffrances et d'incapacités dus à la maladie. La lutte antipaludique n'est pas le fait d'un service particulier au Niger mais elle est entièrement intégrée dans l'activité des services de santé généraux ainsi que d'autres ministères tels ceux de l'information et de l'éducation. L'organisation de planification interministérielle et le Conseil médical supérieur du Ministère de la Santé collaborent avec les services de santé aux échelons intermédiaire et périphérique par l'entremise de leurs organes techniques et administratifs. Au cours des trois années qui viennent, il est prévu de mettre des médicaments antipaludiques à la disposition de tous les cas confirmés et suspects et d'organiser des installations de laboratoire pour le diagnostic et la surveillance des cas; ces objectifs posent néanmoins des problèmes d'organisation. Il est également prévu de protéger les populations urbaines et les populations rurales dotées d'équipes villageoises de santé. La priorité sera donnée à la protection des collectivités ayant une importance économique, des enfants et des femmes enceintes. Ce modeste programme sera évalué à la fin de la période de trois ans et l'on déterminera alors si les résultats obtenus justifient que l'on étende la couverture des services de santé à la totalité de la population et que l'on formule un véritable programme antipaludique. La participation de la collectivité étant une condition essentielle du succès, des campagnes d'information reposant sur l'utilisation des mass media, des écoles et des comités locaux seront intensifiées. Les activités d'éducation sanitaire seront axées non seulement sur l'utilisation prophylactique de la chloroquine, mais aussi sur les travaux d'assainissement nécessaires en collaboration avec les services des travaux publics.

Etant donné le coût élevé des insecticides, du matériel de pulvérisation et des installations d'assainissement, il importe de poursuivre des recherches sur la mise au point d'insecticides efficaces et économiques; à cet égard, les réflexions du Directeur général sur l'évolution du programme antipaludique, qui sont reproduites en appendice 2 à l'annexe 7 des Actes officiels N° 231, sont particulièrement justes, notamment en ce qui concerne les contributions internationales au programme. L'OMS devrait encourager l'accroissement de l'aide extérieure pour l'approvisionnement en insecticides, mais ce n'est pas son rôle de fournir elle-même ces produits.

Bien que le problème de la résistance des parasites à la chloroquine ne se pose pas encore en Afrique occidentale, il est extrêmement inquiétant que les autres antipaludiques, notamment les préparations retardes de sulfamides, ne soient pas suffisamment au point pour être utilisés en santé publique.

Le Dr Wright espère que les cours de formation sur le paludisme qu'il est prévu d'organiser à l'intention des pays francophones d'Afrique ne seront qu'un élément de la formation sanitaire pluridisciplinaire dont les pays d'Afrique ont un besoin si urgent et qu'il importe d'adapter aux conditions pratiques de l'Afrique comme aux besoins et aux capacités réels des pays en matière d'infrastructure, de personnel et de matériel.

Il faut espérer également que le Comité ad hoc du Paludisme et le Secrétariat de l'OMS continueront d'établir des rapports de la qualité de ceux dont a été saisie la Commission.

Le Dr Wright appuie le projet de résolution.

Le Professeur CAYOLLA DA MOTTA (Portugal) félicite l'OMS des résultats obtenus et, après avoir souligné qu'il est indispensable, d'une part, que les pays aient la volonté de poursuivre le programme, et d'autre part, d'intensifier les recherches, il décrit les efforts qui ont été faits pour prévenir la réintroduction du paludisme au Portugal depuis son éradication en 1958. La situation a été rendue particulièrement difficile par les importants mouvements de population qui ont eu lieu entre le Portugal et l'Afrique au cours des dix dernières années et elle se complique maintenant du fait de l'afflux des réfugiés qui, d'après les estimations, devrait grossir la population de 12 %. Toutefois, les mesures de surveillance et de lutte ont jusqu'à présent été efficaces.

Le Portugal met son Institut de Médecine tropicale et de Paludologie à la disposition de l'OMS et des Etats Membres pour des recherches et des cours de formation en paludologie et appuie le projet de résolution proposé.

Le Dr OZUN (Roumanie) fait remarquer que si l'éradication du paludisme dans la plus grande partie de la zone tempérée du globe est un exploit remarquable dans la mesure où 44 % de la population des zones primitivement impaludées ont été libérés de ce fléau, ces résultats ont été obtenus presque exclusivement dans des zones à population dense, dont le niveau de développement est élevé et où la transmission du paludisme était un phénomène saisonnier. En revanche, les programmes lancés dans les zones tropicales et subtropicales où la transmission est continue et les conditions extrêmement différentes en matière d'organisation et de situation économique et sociale ont abouti à des résultats partiels qui n'ont pas toujours pu être maintenus.

Conformément à la stratégie révisée adoptée pour le programme de l'OMS, il est prévu de mettre en oeuvre de simples programmes de lutte pour réduire la morbidité et la mortalité là où l'éradication serait trop coûteuses ou impraticable. Approuvant ce principe ainsi que le projet de résolution proposé, le Dr Ozun souligne que l'endémicité paludéenne et le sous-développement forment un cercle vicieux qui ne saurait être rompu que par des mesures de lutte ouvrant la voie à des progrès sociaux et économiques. Dans toutes les zones impaludées qui n'ont pas encore bénéficié de programmes antipaludiques, l'OMS devrait, en collaboration avec les services nationaux, apporter une aide matérielle et technique pour l'application de mesures de ce type, en effectuant des enquêtes épidémiologiques et en préparant les opérations en fonction des conditions propres à chaque pays. Il faudrait aussi apporter une attention particulière à la formation de cadres nationaux, qui se fait dans des centres nationaux avec l'aide de l'OMS, les méthodes de formation étant adaptées aux conditions dans les zones où ces cadres exerceront leurs activités.

Le Dr GANGBO (Bénin) félicite l'OMS de l'objectivité avec laquelle elle a reconnu les échecs qui ont conduit à la révision de la stratégie de l'éradication du paludisme. La lutte antipaludique a démarré au Bénin grâce à une assistance pour la formation de personnel en 1953-54 et les premières opérations sur le terrain remontent à 1955; dès 1959, les autorités du pays avaient formulé certaines réserves sur la notion d'éradication.

Faisant observer que l'on insinue parfois que l'intégration de la lutte antipaludique dans l'activité des services de santé publique est une manière de cacher des lacunes, il affirme que ce n'est pas le cas et que dans son pays, par exemple, l'intégration au niveau de l'exécution est une question de vie ou de mort, ce qui n'empêche évidemment pas une spécialisation aux niveaux de la conception et des services consultatifs. Pour des raisons logistiques et économiques, les agents de santé communautaires et les équipes de village doivent pouvoir

remplir plusieurs fonctions. Il faut aussi que les services assurés soient mobiles et s'appuient sur la participation et la motivation de la collectivité. De l'unité villageoise à l'autorité sanitaire centrale, l'accent est mis sur l'action pluridisciplinaire, comme l'a recommandé l'OMS.

Le Dr M'BAKOB (République-Unie du Cameroun) appuie le projet de résolution; il dit que le paludisme est hyperendémique dans son pays à l'exception des hauts plateaux de l'ouest et du centre où il est mésoendémique. Les mesures de lutte sont intégrées à l'action des services de santé généraux, et la préoccupation première des autorités est actuellement de former des personnels au diagnostic microscopique de toutes les grandes endémies. Depuis qu'un centre de formation pour assistants de laboratoire a été ouvert à Yaoundé en 1975, 75 microscopistes ont été formés cette année-là contre 42 en 1974. Un nombre croissant de centres de santé sont dotés de personnels qualifiés, d'installations de diagnostic et de services de laboratoire pour le dépistage du paludisme. L'action de ces services est en outre complétée par le travail des hôpitaux et des établissements de recherche.

Les mesures préventives prévoient notamment le traitement chimioprophylactique des femmes enceintes, des nourrissons et des écoliers; au total, 1,2 million d'enfants ont été couverts en 1975. La lutte antivectorielle par des agents chimiques est limitée aux grandes villes à cause du coût élevé des insecticides et de la résistance chez les vecteurs adultes. Les travaux d'assainissement menés aux fins de la lutte antilarvaire sont faits avec la participation de la collectivité. Les activités antipaludiques sont exécutées dans le cadre des services de santé primaires et le service de la lutte contre le paludisme a été intégré au service d'épidémiologie. Des études sont en cours sur la sensibilité des vecteurs. Le Dr M'Bakob demande que l'OMS apporte une assistance à son pays pour la formation de paludologues et exprime l'espoir qu'un centre de formation sera créé à cette fin pour les pays francophones d'Afrique.

Le Dr MUNDIA (Zambie) dit que le paludisme fait peser une grave menace sur la santé de la population de son pays, étant responsable d'un taux très élevé de mortalité et de morbidité, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et parmi les populations venues de zones où la maladie n'est pas endémique. Un programme de lutte visant à interrompre le cycle de vie du parasite est en cours depuis de nombreuses années; les méthodes utilisées sont limitées mais prévoient néanmoins des applications régulières d'insecticides, des traitements chimiothérapeutiques administrés dans les services de santé maternelle et infantile et de santé scolaire et des activités d'éducation sanitaire. Les assistants médicaux prennent une part de plus en plus active au programme. Le Gouvernement de la Zambie remercie l'OMS de l'aide qu'elle lui apporte pour les opérations antipaludiques, la recherche et la formation de personnel.

Le Dr Mundia approuve les dispositions de la résolution EB57.R26 et appuie le projet de résolution proposé.

Le Dr PINTO (Honduras) estime que l'OMS doit donner un rang très élevé de priorité à la lutte antipaludique si l'on considère que l'incidence de la maladie a augmenté après 20 années d'efforts inlassables pour la combattre. Le programme d'éradication mis sur pied au Honduras s'est heurté à de sérieux obstacles ces dernières années et plus particulièrement depuis le cyclone Fifi bien que plusieurs mesures aient été prises pour intensifier les opérations et utiliser au maximum les ressources limitées disponibles; les crédits affectés au programme représentent 10 % du budget national de la santé. L'augmentation du prix des insecticides et des autres fournitures et matériels cause de sérieuses difficultés. Dans ces conditions, la possibilité de mettre au point des moyens immunologiques de lutte contre le paludisme représente un espoir important et l'OMS devrait redoubler d'efforts pour qu'il puisse devenir réalité.

Le Dr Pinto appuie lui aussi le projet de résolution proposé.

Le Dr SANTOS (Angola) dit que la situation dans son pays est extrêmement grave depuis la guerre de libération; le paludisme, qui est la principale maladie endémique en Angola, affecte 87 % de la population et provoque un taux très élevé de mortalité, notamment infantile. La délégation de l'Angola appuiera tous les efforts faits par l'OMS pour appliquer les méthodes de lutte le plus efficaces possible.

Le Dr HAMDAN (Oman), parlant du programme antipaludique qui se déroule dans son pays avec la coopération de l'OMS, indique que toutes les méthodes de lutte font l'objet d'études en raison de la résistance des vecteurs au DDT; on procède notamment à l'essai d'autres insecticides, et à des mesures d'assainissement de l'environnement et l'on a recours à des poissons prédateurs. Il exprime l'espoir que les efforts de l'OMS se poursuivront selon les lignes directrices que trace le Directeur général dans son rapport.

Le Dr LEPES (Directeur de la Division du Paludisme et autres Maladies parasitaires) remercie les membres de la Commission pour les informations qu'ils ont fournies et les observations qu'ils ont faites.

En ce qui concerne la vaccination, des résultats plutôt prometteurs ont été enregistrés chez les animaux d'expérience mais, même lorsqu'un vaccin a été mis au point, il faut du temps et des ressources - tant humaines que financières - pour produire le matériel biologique nécessaire avant que son emploi puisse être généralisé. L'Organisation continuera de soutenir les recherches sur le vaccin mais l'immunisation n'est pas en vue dans l'avenir immédiat.

Pour ce qui est des médicaments antipaludiques, le monde scientifique souhaite vivement la mise au point rationnelle d'une chimiothérapie fondée sur la connaissance du métabolisme de l'agent causal, grâce à l'étude du métabolisme du parasite et des cellules hôtes, mais la plus grande partie des travaux en cours se font sur une base mi-rationnelle, mi-empirique. Il a été fait mention, à d'autres occasions, d'essais de mise au point de nouveaux antipaludiques. Bien que des progrès aient été réalisés, de nouvelles recherches s'imposent pour comprendre le mode d'action des médicaments, même de produits dont l'activité est connue, comme la chloroquine. Ces travaux pourraient aussi élucider le problème de la résistance. La résistance à la chloroquine s'installe beaucoup plus lentement que la résistance à la pyriméthamine et au proguanil. Jusqu'ici, on n'a enregistré aucune résistance confirmée de Plasmodium falciparum à la chloroquine en Afrique.

Concernant la souplesse de la planification, les rapports coût/avantages et les rapports coût/efficacité, le Dr Lepes assure au délégué de l'Iran que de nombreuses études ont été entreprises. Les études coût/avantages se fondent nécessairement sur les pertes subies par l'économie du fait du paludisme, car les avantages enregistrés après une campagne réussie d'éradication peuvent aussi être attribués à d'autres facteurs, le paludisme n'étant pas le seul obstacle au développement. Les études coût/efficacité sont indissociables de tout effort de planification mais elles doivent prendre en considération la situation écologique locale, l'infrastructure et les possibilités du pays. Comme de nombreux délégués l'ont fait remarquer, outre la variabilité des conditions écologiques, les facteurs socio-économiques influent aussi sur le taux coût/efficacité.

S'agissant de la formation, il faut assurer un enseignement à différents niveaux; les établissements existent, moins nombreux, il est vrai, qu'on ne le souhaiterait. Un certain nombre de cours préparant au doctorat en épidémiologie du paludisme et des maladies parasitaires sont nécessaires, mais ce qu'il faut surtout ce sont des cours destinés à former les non-spécialistes à certaines techniques de lutte, applicables dans le cadre des services de santé généraux. Ces cours pourraient être organisés au niveau local, en coopération avec les instituts nationaux. En Europe, le problème apparaît sous un angle différent. Etant donné le nombre de cas importés, il convient d'attirer l'attention du corps médical sur les manifestations cliniques et la chimiothérapie de la maladie.

L'idée a été émise que de nouvelles publications sur le paludisme pourraient être nécessaires, notamment en ce qui concerne le contrôle de l'environnement biologique et l'ingénierie. Des efforts seront faits en ce sens.

Evoquant le projet de recherche sur le terrain de Kano au Nigéria, portant sur les problèmes épidémiologiques de la savane africaine, le Dr Lepes dit qu'un modèle mathématique a été mis au point et que les simulations ont confirmé les hypothèses épidémiologiques qui avaient été émises. Les prévisions fondées sur le modèle correspondaient aux résultats obtenus dans la pratique, surtout en ce qui concerne la fréquence de la distribution des antipaludiques et l'efficacité des pulvérisations à effet rémanent. Toutefois, l'emploi du modèle n'a pas été généralisé pour la planification des programmes antipaludiques. Seul un modèle beaucoup plus simple que celui de Kano pourra être utilisé à l'échelle gouvernementale, pour servir à l'estimation coût/efficacité des mesures appliquées dans une situation donnée.

On a parlé de mesures minimales d'assainissement du milieu indispensables à l'élimination des gîtes larvaires. Le Dr Lepes préfère, quant à lui, le concept de mesures optimales, parmi lesquelles on pourra faire un choix en fonction des conditions écologiques de l'endroit visé

et des fonds disponibles. L'Organisation projette de mettre au point des directives relatives aux méthodes d'ingénierie. Très négligées ces dernières années, ces méthodes existent pourtant depuis des décennies et elles ont fait la preuve de leur efficacité dans la lutte antipaludique. L'OMS s'intéresse tout particulièrement aux mesures qui peuvent être mises en oeuvre par les populations locales, sous la direction d'un membre de la collectivité, pour réduire le nombre des gîtes larvaires et faire baisser ainsi le taux de transmission paludique. Les mesures de lutte biologique, telles que l'emploi de poissons prédateurs, sont des mesures utiles qu'il convient d'appliquer mais, là encore, les conditions écologiques et le degré d'endémicité diffèrent. Dans les régions où le taux de piqûres infectantes dépasse 100 par homme et par an, ces formes mineures d'interventions ne réduiraient pas beaucoup le degré d'endémicité, et même une réduction de 50 % du taux d'inoculations ne modifierait guère la situation. Mais ailleurs, on pourrait obtenir de bons résultats.

Le Dr DIBA (Iran) propose d'amender le projet de résolution en y faisant mention de la nécessité de promouvoir, dans la mesure du possible, l'application des méthodes de lutte biologique en vue d'éliminer les gîtes larvaires.

Le Professeur KHALEQUE (Bangladesh) et le Dr NATH (Inde) acceptent l'amendement au nom des coauteurs.

Le Dr JAYASUNDARA (représentant du Conseil exécutif) dit qu'en sa qualité de membre du Comité ad hoc du Paludisme, il aimerait que le projet de résolution mentionne l'assistance de l'OMS aux pays pour des études et des recherches sur les méthodes de lutte biologique.

Le Dr SACKS (Directeur associé, Division de la Coordination), Secrétaire, propose que les coauteurs et les délégués qui ont présenté des amendements se réunissent pour parachever le projet de résolution.

La séance est suspendue à 10 h.50 et reprise à 11 h.25.

Le SECRETAIRE annonce que les coauteurs du projet de résolution ont accepté d'amender le paragraphe 2 c) et d'ajouter un nouveau sous-paragraphe d), comme suit :

- c) d'aider les pays à effectuer des études opérationnelles et à organiser des services de recherches sur divers aspects du paludisme, notamment en ce qui concerne la mise au point d'agents immunisants, de nouvelles substances chimiothérapeutiques et de méthodes de lutte biologiques;
- d) de promouvoir l'application de méthodes bio-environnementales de lutte antipaludique, chaque fois qu'il est possible de le faire.

Décision : Le projet de résolution ainsi amendé est adopté.

Promotion des services nationaux de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires et le développement rural : Point 2.5.14 de l'ordre du jour (résolutions WHA28.88 et EB57/R27; document A29/22)

Technologie sanitaire relative aux soins de santé primaires et au développement rural : Point 2.5.15 de l'ordre du jour (document A29/23)

Le Professeur KOSTRZEWSKI (représentant du Conseil exécutif), présente le point 2.5.14 et rappelle que le Conseil exécutif a examiné un rapport de situation du Directeur général sur l'évolution, depuis la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, du programme de promotion des services nationaux de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires; c'est ce rapport que l'Assemblée a sous les yeux sous la cote A29/22.

En juin 1975, une consultation entre des personnels du Siège et des bureaux régionaux a été organisée à Genève dans le but de définir le plan global d'action pour le futur développement du programme de soins de santé primaires, en collaboration avec le FISE. Parmi les principaux résultats de cette consultation, on peut citer : un accord à l'intérieur du Secrétariat sur la formule "soins en santé primaires"; une meilleure compréhension du rôle de l'Organisation dans la promotion et le soutien des soins de santé primaires; et l'esquisse d'un plan d'action global.

La résolution WHA28.88 a été favorablement reçue par les différents comités régionaux de l'OMS. Les mesures prises par l'Organisation pour lui donner effet en 1975 comprenaient notamment : la désignation, dans les Régions, de points centraux pour les soins de santé primaires; la formation d'équipes régionales de soins de santé primaires; la création de groupes de travail au Siège pour préparer des directives techniques concernant les soins de santé primaires sous la direction d'un comité directeur ad hoc. Deux ouvrages, "Participation et Santé"¹ et l'étude commune FISE/OMS intitulée "Comment répondre aux besoins fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement"² ont été publiés; d'autres activités ont été entreprises dans le domaine du développement et de la formation des personnels, et pour la promotion - aux échelons interinstitutionnel et national - de la formule "soins de santé primaires" dans le contexte socio-économique existant.

Le Conseil exécutif, après avoir attentivement étudié le rapport de situation, a réaffirmé l'importance d'une action urgente de l'OMS en vue de renforcer les services de santé nationaux; a reconnu que les soins de santé primaires sont liés aux problèmes des collectivités et que le succès dépendra des relations entre le développement des services de santé et le développement rural et national; a souligné que le programme de l'OMS dans le domaine des soins de santé primaires en tant que partie des services nationaux de santé doit bénéficier d'un haut degré de priorité et que les études comparatives, les discussions nationales, les réunions régionales et les échanges internationaux sont autant de moyens qu'il faudrait utiliser pour favoriser la réalisation des objectifs les plus larges.

Le Professeur Kostrzewski rappelle que l'Assemblée de la Santé a déjà approuvé la décision du Conseil exécutif d'organiser une conférence internationale sur le développement des soins de santé primaires en tant qu'élément des activités des services nationaux de santé, conformément à la résolution WHA28.88. Cette conférence aura lieu sous les auspices de l'OMS, en août ou au début de septembre 1978, à un endroit encore à fixer par l'Union soviétique. La participation du FISE à cette réunion est à l'étude.

Le Dr NEWELL (Directeur de la Division du Renforcement des Services de Santé) présentant le point 2.5.15 de l'ordre du jour, rappelle que, dans son allocution à l'Assemblée, le Directeur général a cité quatre facteurs - social, technique, économique et politique - dont dépend l'efficacité d'une série de mesures visant à assurer la santé des collectivités. Le rapport du Directeur général sur la promotion des services nationaux de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires et le développement rural (document A29/22) indique certains des liens qui unissent les objectifs sociaux, la prise de décisions politiques et le système de distribution de soins.

Ces facteurs, associés à un effort national de renforcement des services de santé, peuvent amener à établir des priorités nationales déterminées et à créer les structures nécessaires à leur réalisation, mais ils n'indiquent pas nécessairement les méthodes à appliquer pour poursuivre ces objectifs médico-sanitaires. Ce que l'OMS appelle "technologie sanitaire", ce sont ces méthodes ou "outils" et la manière de décider qui les emploiera et à quelle partie de la population ils seront destinés.

De toute évidence, l'OMS s'est toujours employée à mettre au point, à adapter et à appliquer des méthodes de prévention, d'endiguement ou de traitement de très nombreux problèmes de santé. Elle a agi notamment sur les plans de la recherche, fondamentale et appliquée, de la normalisation, de l'enseignement et de l'assistance à la production et à l'utilisation de diverses substances. Mais peut-être y a-t-il eu une lacune concernant la manière d'aider les pays à opter entre diverses solutions en fonction de critères économiques, politiques, sociaux et techniques, afin de déterminer une série spécifique d'actions techniques appropriées, pouvant ensuite être appliquées.

Employé dans ce sens, le terme "technologie sanitaire" peut sembler assez vaste pour recouvrir tout ce qui concerne la santé. Un tel concept serait impraticable; aussi le Directeur général, tout en l'estimant indissociable de tous les programmes techniques de l'OMS, a-t-il précisé qu'il fallait faire porter un effort direct sur : 1) les situations sanitaires manifestement susceptibles d'amélioration; et 2) les interventions applicables au niveau des districts administratifs ou de leur périphérie. Ces priorités relieront le programme au programme existant de soins de santé primaires et de développement rural, représentant par conséquent une facette d'un seul et même effort.

¹ Newell, K. W., ed., Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975.

² Djukanovic, V. & Mach, E. P., ed., Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975.

Dans le document A29/23, le Directeur général précise qu'il est erroné d'appliquer l'adjectif "simple" à la technologie sanitaire ou à la comparaison de décisions nationales spécifiques sur la base de "la qualité". Les mesures prises pour arrêter une solution nationale "appropriée" et l'appliquer peuvent être difficiles et complexes. On trouve à la page 5 du rapport certains critères permettant de juger de la "réussite". Beaucoup peuvent entrer en conflit. L'action la moins coûteuse peut ne pas être la plus efficace. L'action la plus efficace peut être la moins acceptable pour la population. Un produit fabriqué sur place peut être utile, mais néanmoins inutilisable dans une collectivité donnée. Il se peut que l'on ne puisse jamais atteindre la solution "optimale", mais, de toute évidence, une décision nationale appropriée est nécessaire et réalisable.

Si le principe du programme s'applique aux besoins de tous les pays, il convient néanmoins tout particulièrement aux pays en voie de développement. Pour ces derniers, on peut qualifier d'indispensable un mécanisme national permettant de décider quelle est la technologie sanitaire la plus appropriée. Sans ce mécanisme, les pays en voie de développement ont beaucoup moins de chances d'atteindre leurs objectifs sanitaires.

Etant entendu que les mesures doivent être prises au niveau national, l'OMS peut coopérer de diverses manières, ainsi que l'indique la page 7 du document A29/23. Son rôle comprend notamment : l'assistance aux pays pour l'établissement et le renforcement des systèmes nécessaires pour résoudre ces questions; la promotion, la production et la fourniture d'informations utiles présentées sous la forme voulue; et la promotion et la conduite de recherches appliquées afin d'adapter les méthodes existantes et de combler les lacunes des connaissances.

C'est la première fois que le problème est présenté à l'Assemblée sous le titre "Technologie sanitaire". Le Directeur général estime que l'action est nécessaire et possible et que l'OMS, les autres institutions internationales, les universités et l'industrie ont aussi un rôle de coopération à jouer.

Le Dr ROUHANI (Iran) présente au nom de 13 délégations¹ le projet de résolution suivant sur la technologie sanitaire relative aux soins de santé primaires et au développement rural :

La Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la technologie sanitaire relative aux soins de santé primaires et au développement rural;

Réaffirmant les résolutions antérieures (en particulier les résolutions WHA23.61, WHA25.17, WHA26.35, WHA26.43 et WHA27.44) sur la nécessité d'encourager l'organisation et le développement de soins de santé complets et efficaces pour que soit respecté le droit de tous d'avoir accès à de tels soins;

Soulignant l'importance de la résolution WHA28.88 qui traite de la prestation de soins de santé primaires (promotion, prévention, traitement et réadaptation) aux populations insuffisamment desservies, aussi bien rurales qu'urbaines,

1. PREND NOTE avec satisfaction du rapport du Directeur général;
2. RECONNAIT que les techniques sanitaires sont un élément de soutien important pour le progrès des soins de santé primaires et du développement rural et, à ce titre, doivent être considérées comme un domaine d'activité prioritaire;
3. ESTIME nécessaire d'intensifier les efforts que déploie l'OMS pour i) rassembler des informations sur les techniques sanitaires actuelles et les diffuser aux Etats Membres, ii) coopérer avec les Etats Membres à l'adaptation et à l'utilisation de techniques existantes, compte tenu des conditions locales, et iii) promouvoir des recherches et mener des études concernant la mise au point de techniques nouvelles qui soient à la fois appropriées et efficaces;
4. PRIE le Directeur général de prendre les mesures voulues pour instituer et développer un programme de technologie sanitaire relative aux soins de santé primaires et au développement rural.

Le rapport du Directeur général souligne la nécessité de choisir des méthodes adéquates de prévention et de traitement, chaque fois que cela est possible, et de les appliquer aux problèmes déjà identifiés, en fondant les décisions non seulement sur des motifs techniques, mais aussi sur un ensemble de variables comme, par exemple, le rapport coût/efficacité, la

¹ Belgique, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Ghana, Iran, Niger, Philippines, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Souaziland et Soudan.

sécurité, la structure des services de santé et le mode de vie de la population. Une technologie sanitaire appliquée là où il faut et de la manière qui convient peut contribuer à pallier les insuffisances inhérentes aux systèmes de prestations sanitaires de la plupart des pays en voie de développement, bien que les modalités d'application puissent varier d'un pays à l'autre. Chaque pays doit élaborer sa propre technologie et l'OMS peut être d'un très grand secours à cet égard en réunissant, analysant et diffusant des renseignements sur les technologies existantes et en offrant des avis d'experts.

Le Dr TARIMO (République-Unie de Tanzanie) présente le projet suivant de résolution au nom de 12 délégations¹ :

La Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la promotion des services nationaux de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires et le développement rural ainsi que la résolution EB57.R27 du Conseil exécutif;

Réaffirmant les résolutions et décisions précédentes (WHA28.88) relatives à la nécessité d'élever le niveau de santé de tous les peuples dans le contexte national en utilisant d'une manière acceptable toutes les méthodes appropriées;

Considérant que l'OMS devrait en priorité aider les pays à appliquer des mesures qui aient pour effet d'améliorer la santé des populations insuffisamment desservies;

Reconnaissant que le développement en matière de santé doit être considéré comme un élément essentiel du développement socio-économique;

Soulignant que les soins de santé primaires liés à la participation de la communauté constituent une approche qui permet d'associer des actions de service de santé à des actions en rapport avec la santé dans d'autres secteurs,

1. REMERCIE le Directeur général de son rapport;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à envisager leurs problèmes nationaux de santé dans leur totalité et, en se fondant sur des considérations d'équité, à examiner des propositions tendant à réviser leurs politiques d'une façon compatible avec les principes de la présente résolution;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de continuer à prendre des mesures pour encourager l'instauration dans les Etats Membres d'un dialogue sur ces questions auquel participent la population et toutes les branches compétentes des services publics à tous les échelons voulus;
 - 2) de soutenir les efforts de recherche et de développement ainsi que les échanges d'information qui aboutiront à la mise au point de solutions appropriées et équitables susceptibles d'être adoptées par les Etats Membres;
 - 3) d'aider les Etats Membres à appliquer les solutions nationales sur lesquelles l'accord se sera fait;
4. ESTIME que l'OMS devrait être prête à jouer un rôle actif conjointement avec d'autres institutions et organisations internationales, et dans le cadre des programmes nationaux, à l'appui du développement rural visant à réduire la pauvreté et à améliorer la qualité de la vie.

D'après le Professeur RUDOWSKI (Pologne), les expériences faites dans son pays ont démontré que les soins de santé primaires doivent être liés au développement rural. Les incidences du progrès socio-économique sur la santé sont évidentes, mais l'inverse est moins apparent, malgré son importance extrême. Il convient de ne pas attacher un trop grand prix à la participation de la collectivité à la mise en place de services de santé primaires, et l'initiative laissée au personnel de santé peut également jouer un rôle considérable dans ce domaine. Il ne suffit pas d'introduire des soins de santé primaires dans les régions rurales; pour être efficaces, ces soins doivent être englobés dans un système général de prestations sanitaires, bénéficiant d'un appui et d'une surveillance à tous les autres échelons; il s'agit là d'une entreprise à long terme et les soins primaires ne constituent pas une fin en eux-mêmes. L'objectif sera de mettre en place un système complet de prestations sanitaires. Sur la base de ces considérations, le Professeur Rudowski appuie fermement la promotion des services nationaux de santé qui s'attachent plus particulièrement aux soins primaires et au développement rural.

¹ Afghanistan, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, Guatemala, Guinée-Bissau, Indonésie, Iran, Pays-Bas, République-Unie de Tanzanie, Souaziland, Soudan et Zambie.

Le Dr SUDSUKH (Thaïlande) note avec satisfaction que les deux rapports soumis à la Commission adoptent explicitement les concepts et les principes des soins de santé primaires, en mettant très nettement l'accent sur cette notion fondamentale qui veut que le développement sanitaire ne puisse réussir sans un développement parallèle d'autres secteurs économiques et sociaux et que le développement rural ne puisse être dissocié du progrès général de la nation. Ce sont là des notions et des principes qui sont appliqués avec enthousiasme par la plupart, si ce n'est la totalité, des pays en voie de développement, dont la Thaïlande.

En Thaïlande, le plan national de développement de la santé a été englobé à partir de 1960 dans le plan national de développement socio-économique. Auparavant, il n'y avait que peu de coordination entre les divers secteurs, à tous les stades de la planification ou de la mise à exécution, de même qu'aux divers échelons - central, provincial, de district ou local. Aux termes de ce plan, la population rurale continue de bénéficier de la plus haute priorité mais, pour un certain nombre de raisons - dont la pauvreté, ou encore l'éloignement géographique ou l'isolement social - l'organisation actuelle des services de santé ne permet pas toujours d'offrir des prestations à ceux qui en ont le plus besoin. L'infrastructure sanitaire s'est révélée insuffisante, en ce qui concerne tant l'importance numérique que la distribution des services, et il existe également des problèmes de sous-utilisation, en dépit des vastes efforts déployés. Les institutions gouvernementales sont présentement à même d'assurer des soins dans 15 % environ de la totalité des cas.

Face à cette situation, les responsables ont élaboré pour les soins de santé primaires une approche axée sur la collectivité et fondée sur le principe de l'autonomie de gestion. Cette approche s'est concrétisée pour la première fois en 1965 sous la forme du "projet Sarapee", ainsi dénommée d'après le nom du district de la province de Chiangmai où il était exécuté. Les structures sanitaires mises en place dans chaque village comprennent des "informateurs sanitaires", un "agent de santé rattaché au village" ainsi qu'un centre de nutrition infantile. Les informateurs sanitaires, choisis parmi les villageois eux-mêmes à l'aide de techniques sociométriques, suivent une formation de quelques jours (une formation en cours d'emploi est également assurée) et sont ensuite chargés de réunir et de diffuser les renseignements sanitaires de base concernant 10 à 15 foyers, ceci à l'intention de l'agent bénévole de la santé et du personnel sanitaire local; ils participent également à certaines activités de santé. L'agent bénévole du village - qui sera de préférence un praticien de médecine traditionnelle ou un chef local - est responsable de 100 à 200 foyers et, après avoir suivi une formation initiale, il donne des soins médicaux simples, des soins d'urgence, assure l'éducation sanitaire, pratique un traitement spécifique contre le paludisme, la lèpre et les parasites intestinaux ainsi que la vaccination antivariolique et, enfin, distribue des contraceptifs buccaux. Le centre de nutrition infantile, organisé et géré par la collectivité elle-même, concentre ses activités sur les problèmes nutritionnels des enfants d'âge préscolaire, en encourageant leur visite au centre, et distribue des aliments d'appoint. Le personnel du centre, de même que l'agent bénévole de santé et les informateurs sanitaires, accomplissent leurs tâches en dehors de leurs occupations normales.

Les services de santé périphériques sont rattachés à l'infrastructure locale et offrent une assistance technique, des moyens de formation, un contrôle ainsi qu'un appui logistique et des conseils pour l'envoi des malades vers les établissements appropriés.

Le système a donné de bons résultats et la méthode a été étendue à d'autres parties du pays, moyennant certaines modifications le cas échéant. On peut trouver un exemple intéressant de l'application des principes de l'OMS dans la province de Nakornrachaseema, où les soins de santé primaires sont associés au développement multisectoriel ainsi qu'à une coopération pluridisciplinaire totale.

Les soins de santé primaires continuent d'occuper une haute priorité dans le nouveau plan national de développement sanitaire qui débutera en octobre 1976. L'objectif est de recruter et de former 22 400 agents bénévoles de santé dans les villages et 200 000 informateurs sanitaires. Ce plan prévoit également la création d'une nouvelle catégorie de personnel de santé - l'infirmière-médecin, qui sera une infirmière diplômée ayant suivi une formation supplémentaire d'une année, à la fois théorique et pratique, en soins médicaux. Ces infirmières seront chargées du dépistage et du traitement de certaines maladies et il est à espérer qu'elles pourront ainsi aider à pallier la pénurie de médecins.

A propos de technologie sanitaire, le délégué de la Thaïlande souligne que dans beaucoup de pays en voie de développement, il existe des méthodes sanitaires répondant aux besoins, qui sont acceptées par la population, tout en étant peu coûteuses, simples et, qui plus est, sans

danger. Il suffit donc de vérifier si les systèmes adoptés sont réellement efficaces et ne présentent aucun risque. L'OMS doit aider les Etats Membres à effectuer des recherches sur les technologies sanitaires traditionnelles, en leur offrant la collaboration technique appropriée.

Le Dr Sudsukh fait part de son appui aux deux projets de résolution.

Mme KUO SHAN-HU (Chine) déclare que, puisque l'on examine l'action sanitaire de base en vue de procéder à des confrontations d'expériences, elle désire exposer le rôle important joué par les médecins aux pieds nus en Chine.

Le Président Mao Tsé-Toung a constamment donné pour instruction aux travailleurs médicaux et sanitaires de servir sans réserve la majorité du peuple et il les a chargés de se consacrer en particulier aux régions rurales. L'apparition des médecins aux pieds nus et des services médicaux coopératifs dans les régions rurales a constitué une révolution en matière d'action médicale et sanitaire.

Mme Kuo Shan-Hu est elle-même médecin aux pieds nus de la brigade de Ching-Kou dans la province du Shan-si. Avant la libération, comme dans le reste du pays, la région où se trouve la brigade de Ching-Kou était sous la domination des "trois grandes montagnes" : l'impérialisme, le féodalisme et le capitalisme bureaucratique. Le peuple travailleur vivait dans une pauvreté extrême et les services médicaux et sanitaires étaient inexistantes.

Après la libération, le peuple a été émancipé politiquement et est devenu maître du pays. Dans les années qui ont précédé la Grande Révolution culturelle prolétarienne, quelques progrès ont été faits en matière médicale et sanitaire. Toutefois, comme Liu Shao-chi et son complice avaient altéré et refusé d'appliquer la ligne sanitaire prolétarienne du Président Mao, beaucoup d'instructions importantes du Président Mao n'avaient pas été sérieusement appliquées - en particulier ses instructions prévoyant que l'action sanitaire doit être au service des travailleurs, paysans et soldats, que l'accent doit être mis sur la prévention, qu'il est indispensable de stimuler les masses pour combattre la maladie et que la médecine chinoise traditionnelle doit être intégrée avec la médecine occidentale. Il existait encore un écart important entre l'action sanitaire en ville et à la campagne.

Au cours du phénomène sans précédent que fut la Révolution culturelle prolétarienne et le mouvement de critique de Lin Piao et de Confucius, les larges masses du peuple ont répudié la ligne révisionniste. La ligne sanitaire prolétarienne du Président Mao a été alors appliquée sérieusement et un grand changement s'est produit dans la brigade de Ching-Kou. La production de céréales a augmenté chaque année; le niveau de vie et les conditions sanitaires des paysans, se sont améliorés notablement.

Sur la recommandation des paysans pauvres et moyens-pauvres, Mme Kuo Shan-Hu a commencé à étudier la médecine en 1969. Après une année de formation à l'hôpital de la commune, elle est retournée dans la brigade pour travailler avec d'autres médecins aux pieds nus. Depuis lors elle a reçu deux fois une formation plus poussée - en suivant un cours d'acupuncture de deux mois en 1973 et en travaillant à l'hôpital de la commune pendant cinq mois en 1974. Elle peut maintenant appliquer des mesures préventives et traiter les maladies courantes dans le domaine de la médecine interne. Elle a également acquis des connaissances en chirurgie, gynécologie et pédiatrie et peut s'occuper convenablement de certains cas compliqués et difficiles. Mme Kuo Shan-Hu décrit quelques cas typiques traités par elle.

Bien qu'elle soit médecin, elle participe aussi au travail agricole collectif, son revenu étant calculé en points de travail agricole comme l'est le revenu des autres membres de la commune. En 1975, elle a travaillé dans les champs pendant 325 jours. Elle emporte toujours sa trousse médicale et donne un traitement médical dans les champs tout en travaillant avec les autres membres de la commune. Lorsqu'elle ne participe pas aux travaux agricoles, elle donne des soins médicaux aux membres de la commune quand ils en ont besoin, de jour ou de nuit.

Les médecins aux pieds nus de sa brigade s'efforcent sérieusement d'appliquer la ligne sanitaire prolétarienne du Président Mao et le principe de "prévention d'abord". Ils font des visites à domicile pour déterminer les conditions sanitaires et l'incidence des maladies et participent à un large travail d'éducation sanitaire pour que les masses soient incitées à combattre elles-mêmes les habitudes antihygiéniques. Un mouvement sanitaire patriotique a été créé sur une grande échelle et il règne une nouvelle atmosphère grâce à laquelle les vieilles habitudes et les vieilles coutumes sont réformées. La campagne a pris un nouvel aspect; la prévention est appliquée très tôt et les traitements sont pratiqués en temps utile.

En collaboration étroite avec les enseignants des pouponnières, des écoles maternelles et des écoles primaires, les médecins aux pieds nus font des vaccinations périodiques aux enfants et leur donnent des conférences sur l'hygiène.

L'action sanitaire a été intégrée avec le travail de construction de biens d'équipement à la campagne et la réforme de l'environnement rural. Dans les quelques années qui se sont écoulées depuis la Révolution culturelle, la brigade de Madame Kuo Shan-Hu a construit deux petits réservoirs et cinq retenues d'eau et a posé des aqueducs de plus de 5 km de long, résolvant ainsi le problème de l'irrigation et assurant la fourniture d'eau potable. Des canaux ont été construits et les fossés malsains ont été comblés pour permettre l'expansion des terres arables et l'amélioration de l'environnement.

Grâce aux efforts réalisés, les maladies transmissibles sont maintenant maîtrisées et quelques-unes ont été éradiquées dans la région de la brigade. La fréquence des maladies courantes a été fortement réduite.

Un programme de planification familiale a été entrepris sur l'ordre du Gouvernement afin de protéger la santé des mères et des enfants, d'assurer la prospérité du pays et de faciliter le développement planifié de l'économie. Des avis techniques sont fournis aux masses et celles-ci sont libres de les suivre.

Le médecin aux pieds nus est à la fois médecin et paysan - c'est un nouveau type de travailleur médical rural qui se mêle étroitement aux masses et n'est jamais séparé du travail agricole. Il est formé soit à l'hôpital de la commune soit par les membres de l'équipe médicale envoyés à la campagne. Certains médecins aux pieds nus reçoivent leur formation dans une école de médecine. A l'heure actuelle, il y a plus de 1,5 million de médecins aux pieds nus en Chine.

L'introduction du service médical coopératif rural s'est produite presque en même temps que la création des médecins aux pieds nus. L'institution de ce service a été une action révolutionnaire parce qu'elle amenait les paysans à s'organiser pour pratiquer l'assistance mutuelle et la coopération qui sont l'essence du socialisme. Plus de 80 % des brigades de production en Chine ont adopté le système médical coopératif. D'après ce système, une station de service médical coopératif est constituée au niveau de la brigade et un centre de santé au niveau de l'équipe de production. Ils sont financés par les membres de la commune eux-mêmes au moyen de fonds de trois sources : un fonds commun, les économies réalisées et la collecte de cotisations. Les membres de la commune sont traités gratuitement à l'exception d'un droit de consultation de 5 cents à la station de service médical coopératif. Lorsque les malades sont envoyés à des unités médicales autres que celles de leur propre brigade, les dépenses sont payées en totalité ou en partie par celle-ci. L'adoption du système médical coopératif a rendu plus facile l'application de la politique de "prévention d'abord", l'encouragement du mouvement sanitaire patriotique, l'intégration de la médecine chinoise traditionnelle avec la médecine occidentale et le développement de l'utilisation des plantes et des autres moyens médicaux traditionnels. Ce système aide aussi les membres de la commune à surmonter les difficultés provoquées par la maladie et les traumatismes.

Sous la conduite de la ligne sanitaire révolutionnaire du Président Mao, il y a eu un développement vigoureux des médecins aux pieds nus, des services médicaux coopératifs ainsi que de l'installation de médecins et de travailleurs médicaux des villes dans les régions rurales. Les différences entre les conditions sanitaires dans les villes et dans les campagnes ainsi qu'entre les travailleurs manuels et les travailleurs intellectuels ont été réduites.

Les facteurs essentiels du succès de l'action sanitaire rurale sont une politique correcte, des principes corrects pour l'action sanitaire et un contingent de travailleurs médicaux et sanitaires décidés à servir le peuple sans réserve. Si un pays socialiste change de couleur, pratique le révisionnisme et restaure le capitalisme, s'il devient agressif et expansionniste et s'il supprime sans pitié et exploite sa propre population, ses services médicaux ne travailleront que pour une minorité de gens. Les nouveaux seigneurs bourgeois saisiront la direction de l'action médicale et sanitaire, monopoliseront les meilleurs moyens médicaux et les meilleurs médicaments et laisseront les larges masses dépourvues de soins médicaux.

Bien que les réalisations aient été considérables, il reste beaucoup à faire. La Chine est un pays en voie de développement qui se heurte aux mêmes grandes tâches que les autres pays du tiers monde pour développer l'action sanitaire nationale. Avec les autres pays, la Chine est prête à apporter sa contribution.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires prévue pour 1978 doit avoir un but précis. Les causes fondamentales de la maladie, de l'appauvrissement et de l'arriération sont l'impérialisme, le colonialisme et l'hégémonisme. Les conditions à remplir pour développer l'économie nationale et le service national de santé sont de renverser ces forces et de lutter pour sauvegarder l'indépendance nationale. Tel est le point que la Conférence doit

rendre d'abord bien clair. La Conférence doit ensuite élaborer des politiques appropriées pour renforcer les services sanitaires de base dans les pays en développement. Les peuples d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine ont tous souffert de l'oppression et de l'exploitation par l'impérialisme, le colonialisme et l'hégémonisme. Après des luttes héroïques et prolongées, de nombreux pays ont gagné leur indépendance, ont maintenu leur indépendance et leur souveraineté nationales et ont développé leur économie et leurs services de santé. Ils ont aussi accumulé une grande expérience utile et élaboré de nombreuses approches et méthodes valables dans leur action sanitaire nationale. Toutefois, ils sont encore aux prises avec la tâche importante de développer davantage leurs services médicaux et sanitaires, en particulier au niveau de la base. La Conférence doit discuter des approches adaptées aux pays en voie de développement, en tenant compte de la situation réelle et des besoins sanitaires de la population. C'est seulement ainsi que l'on pourra obtenir de bons résultats pour les peuples du tiers monde.

Le Dr AL-AWADI (Koweït) déclare que la politique de l'OMS sur les soins de santé primaires est l'une des étapes les plus importantes dans la philosophie de l'Organisation. Tous les délégués se félicitent de cette entreprise. Le rapport du Directeur général souligne l'importance d'une technologie sanitaire acceptée par la population et adaptée à son style de vie. Malheureusement, la plupart des politiques sanitaires sont orientées vers le traitement de la maladie plutôt que vers la prévention. Il est donc nécessaire d'accorder davantage d'attention au développement convenable du personnel sanitaire et des institutions responsables de la formation du personnel. Le Dr Al-Awadi suggère que ce point soit mentionné dans le projet de résolution présenté par le délégué de l'Iran en modifiant comme suit le paragraphe 4 :

4. PRIE le Directeur général :

- 1) d'encourager les établissements de formation des personnels de santé à intensifier leurs efforts pour jouer et assumer pleinement leur rôle dans le développement de technologies sanitaires plus efficaces qui soient appropriées et applicables aux situations nationales et locales;
- 2) de prendre les mesures voulues pour instituer et élaborer un programme de technologie sanitaire relative aux soins de santé primaires et au développement rural.

Le Dr KRAUSE (République Démocratique Allemande) se félicite de l'initiative tendant à promouvoir le développement des soins de santé primaires. Son propre pays a obtenu des résultats remarquables dans ce domaine, bien que quelques problèmes subsistent. Le système sanitaire se fonde sur le principe du droit égal de tous les citoyens aux soins médicaux gratuits, à la sécurité matérielle en cas d'accident et de maladie, aux soins préventifs en faveur des mères, des enfants, des adolescents et des personnes qui travaillent dans l'industrie et l'agriculture et au libre choix du médecin. Le système sanitaire fait partie intégrante du système socio-économique général et les soins de santé primaires en consultations externes font partie de l'ensemble du système de soins de santé. Une grande attention a été accordée aux régions rurales. En donnant aux organes locaux la responsabilité des établissements sanitaires de leur ressort, il a été possible de créer des ressources locales en plus de celles qui sont accordées par le budget national. Le réseau des établissements a donc été augmenté et leur équipement a été amélioré. Les soins médicaux en consultations externes ont été améliorés par la transformation de l'ancien omnipraticien en un "spécialiste de médecine générale" au moyen d'un cours postuniversitaire s'étendant sur cinq ans. Dans les pays en voie de développement, les auxiliaires sanitaires travaillant sous la direction de médecins pourraient améliorer sensiblement les conditions sanitaires. Le Dr Krause accueille avec faveur la Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui doit être organisée par l'OMS en 1978.

Le Dr HASSOUN (Irak) appuie la tendance visant à améliorer les soins de santé primaires, en particulier dans les régions rurales. Son pays a fait de grands progrès dans ce domaine et le rapport du Directeur général est conforme aux plans du Gouvernement de l'Irak qui sont réalisés en association avec l'OMS et le FISE. Il y a en Irak de nombreux petits villages reculés mais un effort est fait pour leur assurer des soins de santé grâce à des unités sanitaires mobiles. On espère créer à l'avenir des centres de santé couvrant tous les villages. Or il existe 15 000 villages et les spécialistes et les auxiliaires dont on dispose sont en nombre insuffisant. Le Dr Hassoun se félicite de la convocation de réunions régionales et interrégionales pour des échanges de vues et pour l'élaboration de directives techniques qui puissent être adaptées aux différents pays. Il appuie le projet de résolution dont la Commission est saisie et l'amendement proposé par le délégué du Koweït.

Le Dr GERRITSEN (Pays-Bas) considère que les soins de santé primaires liés à la participation de la collectivité se présentent comme un important problème sanitaire mondial, étant donné la diversité des situations suivant les pays. Les soins de santé ruraux aux Pays-Bas ne posent plus de problème parce que les distances sont toujours petites. Néanmoins, une question se pose pour d'autres raisons. Autrefois on insistait trop sur l'hospitalisation qui n'était pas toujours excellente pour les malades et qui était très coûteuse. Les Pays-Bas ont découvert que les soins de santé primaires liés à la participation de la collectivité sont un élément essentiel de l'ensemble des services de santé. Les soins de santé primaires sont fournis par des organisations privées dont les membres représentent une grande partie de la population. Pour améliorer la santé de la population dans les pays en voie de développement, les soins de santé primaires sont de la plus haute importance; ils forment l'infrastructure dont dépendent de nombreux projets de santé. La délégation néerlandaise est coauteur du projet de résolution présenté par la délégation tanzanienne.

Le Dr VALLADARES (Venezuela) déclare qu'il désire proposer deux amendements, qu'il a communiqués au Secrétariat, sur le projet de résolution présenté par le délégué de la Tanzanie.

La séance est levée à 13 heures.

* * *