



TRENTE ET UNIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

COMMISSION B

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUINZIÈME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Mardi 23 mai 1978, à 9 h.30

PRESIDENT : M. M. K. ANWAR (Bangladesh)

Puis : Dr J. M. KYELEM (Haute-Volta)

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Problèmes d'environnement : hygiène alimentaire (suite)	2
2. Surveillance des anomalies congénitales	4
3. Projet de quatrième rapport de la Commission B	10
4. Fluoration et prévention des caries dentaires	11

Note : Les rectifications au présent procès-verbal provisoire doivent parvenir au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, avant le 7 juillet 1978.

QUINZIEME SEANCE

Mardi 23 mai 1978, à 9 h.30

Président : M. M. K. ANWAR (Bangladesh)

Puis : Dr J. M. KYELEM (Haute-Volta)

1. PROBLEMES D'ENVIRONNEMENT : HYGIENE ALIMENTAIRE : Point 2.6.17 de l'ordre du jour
(résolution WHA25.59; document A31/28) (suite)

Le Dr UCHIYAMA (Japon) félicite le Directeur général pour son rapport (A31/28) et appuie le projet de résolution présenté à la précédente séance. Les enquêtes expérimentales sur les pesticides polychlorés, les métaux lourds, les mycotoxines, les contaminants biologiques et la contamination due aux avaries alimentaires ont permis d'établir que plus de 90 % des substances dangereuses s'introduisent dans l'organisme par la voie buccale. Sa délégation est donc particulièrement favorable au programme OMS de surveillance de la contamination des produits alimentaires et des aliments du bétail mené conjointement avec la FAO et financé par le PNUE.

Comme les aliments proviennent de sources de plus en plus variées, il est évident que la collaboration internationale pour la sécurité des produits alimentaires est très importante. La coopération technique mentionnée au paragraphe 13 2) du document A31/28 est capitale et, à cette fin, le Gouvernement japonais est disposé à mettre ses institutions et ses experts à la disposition de l'OMS.

La délégation japonaise souhaite que l'OMS développe encore son programme d'hygiène alimentaire en coopération avec d'autres organisations internationales.

Le Dr CALVERO GONZÁLEZ (Espagne) estime très réaliste l'idée contenue dans le document A31/28 selon laquelle la sécurité des aliments doit être considérée en fonction du stade de développement socio-économique atteint dans les pays. L'Espagne possède son propre code et se réfère au Codex Alimentarius pour établir ses normes techniques; elle dispose aussi de services de contrôle provinciaux et d'un centre national. Toutefois, il est extrêmement difficile, avec un système de surveillance qui doit tenir compte d'un si grand nombre de produits alimentaires enregistrés et autorisés tant importés qu'exportés, d'arriver à un résultat parfait. Un système aussi complexe dépasse sans doute les possibilités des pays en développement et c'est pourquoi la délégation espagnole estime que le Directeur général a raison de préconiser l'autosuffisance nationale. Il devrait être plus facile de surveiller l'hygiène alimentaire dans le cas des produits locaux, et de ce fait l'emploi de techniques et de méthodes d'analyse poussées devrait être moins nécessaire. En axant l'hygiène alimentaire et la nutrition appliquée sur les besoins de la collectivité, plutôt que sur les industries alimentaires ultra-modernes, on peut exercer une surveillance plus étendue avec moins de ressources et inclure l'éducation en matière d'hygiène alimentaire dans les soins de santé primaires. La délégation espagnole attache une importance particulière à l'éducation dans le domaine de l'hygiène; cette éducation devrait aider les consommateurs ainsi que les commerçants et les restaurateurs à refuser les produits alimentaires qui peuvent être dangereux pour la santé. Le Dr Calvero González appuie le programme proposé par le Directeur général et souhaite être admis à figurer parmi les coauteurs du projet de résolution soumis à la Commission.

Le Dr BASSIOUNI (Egypte) appuie les principes et directives adoptés pour le programme de l'Organisation tels qu'ils ressortent du rapport du Directeur général. La pollution biologique et chimique des produits alimentaires est une question importante et sa délégation estime que les activités menées par l'OMS, en collaboration avec les Etats Membres, devraient être renforcées, en particulier celles qui concernent la collecte et la diffusion des données ainsi que la formation du personnel.

La collaboration internationale pour l'évaluation des risques que les additifs alimentaires commerciaux font courir à la santé pourrait toutefois être améliorée et le projet mixte PNUE/FAO/OMS devrait être renforcé. Il importe également de voir comment on pourrait limiter l'emploi des pesticides qui, bien qu'utiles pour l'agriculture, constituent également un danger pour la santé et en particulier pour les travailleurs agricoles.

La délégation égyptienne appuie le projet de résolution dont elle est l'un des coauteurs.

Le Dr KRAUSE (République démocratique allemande) souligne la nécessité d'établir des normes OMS relatives à l'hygiène des produits alimentaires. Sa délégation estime que les normes et recommandations proposées par l'OMS sont tout à fait acceptables.

Par le biais de projets finalisés, la République démocratique allemande étudie l'effet des techniques modernes sur la composition et la qualité des aliments et elle tient compte des conclusions de ces études pour sa législation alimentaire. A l'heure actuelle, elle prépare une réglementation complète sur les critères et les niveaux acceptables de substances biologiques, physiques et chimiques dans les aliments. Si sa délégation est favorable à un accord international, elle estime que certaines particularités nationales, comme la consommation par tête et les habitudes alimentaires, doivent être prises en considération et qu'il faudrait donc retenir des critères propres à chaque pays. La République démocratique allemande est disposée à collaborer à l'élaboration de normes d'hygiène alimentaire.

Le Dr FETISOV (Union des Républiques socialistes soviétiques) reconnaît que le programme est important et devrait être encore développé. Son orientation générale est conforme aux principes directeurs du sixième programme général de travail.

En ce qui concerne la coopération technique par les Etats Membres, certaines orientations dont il est question dans le document A31/28 ont été définies en fonction de la législation nationale sur les produits alimentaires. Il est donc important de mettre sur pied une large infrastructure pour la fabrication des produits alimentaires avec des systèmes qui pourraient fonctionner dans plusieurs pays, y compris le sien.

La délégation de l'URSS estime elle aussi que l'OMS devrait travailler en collaboration avec d'autres organisations intéressées par le problème de la salubrité des aliments.

Toutefois, le document A31/28 passe trop rapidement sur les travaux menés par l'Organisation depuis l'adoption de la dernière résolution à ce sujet de sorte qu'il est impossible de procéder à une évaluation complète du programme.

Le Dr BACVAROVA (Bulgarie) considère que les activités de l'OMS sur les additifs alimentaires et les pesticides sont particulièrement importantes. Toutefois, il conviendrait de porter une attention plus grande à la documentation sur les additifs. Des problèmes se sont posés récemment en ce qui concerne l'évaluation de ces produits sur le plan de l'hygiène et il serait souhaitable que l'OMS apporte une aide plus efficace, par exemple en organisant des groupes de travail et des séminaires en collaboration avec d'autres organisations internationales et des organes nationaux.

Jusqu'à présent, la participation d'experts bulgares a été assez limitée mais la Bulgarie serait favorable au renforcement de cette coopération. Dans le cadre de l'Académie des Sciences de Bulgarie, certains établissements spécialisés en toxicologie et en microbiologie travaillent déjà sous contrat avec l'OMS dans certains domaines de l'hygiène alimentaire et ils pourraient jouer un rôle utile à cet égard.

Le Dr KLIVAROVÁ (Tchécoslovaquie) dit qu'il existe dans son pays un système de contrôle de la qualité des aliments qui fait partie du programme de santé établi pour 25 ans. Des recherches sur l'évaluation des additifs alimentaires et des pesticides ont été menées dans le cadre de réunions de groupes OMS d'experts.

Le Dr Klivarová approuve l'orientation générale donnée aux activités de l'OMS concernant les additifs alimentaires et autres substances, telles qu'elles sont proposées, et souligne la nécessité d'une coopération technique dans l'esprit du paragraphe 13 2). Ces activités pourraient être utiles aux pays développés et aux pays en développement et elles devraient être renforcées. Elle appuie également le projet de résolution.

Le Dr SPAANDER (Pays-Bas), en tant que coauteur du projet de résolution, recommande vivement à la Commission de l'adopter. Sa délégation approuve entièrement la manière dont l'OMS aborde le problème de l'hygiène alimentaire et elle appuie en particulier les propositions contenues dans les paragraphes 13 et 14 du document A31/28. Pour ce qui est de l'établissement de spécifications microbiologiques, l'OMS a réalisé un progrès important en réunissant les compétences de plusieurs organes internationaux et nationaux. Le Dr Spaander attire en particulier l'attention sur le rapport du Comité OMS d'experts sur les aspects microbiologiques de l'hygiène alimentaire qui s'est réuni en 1976 ainsi que, par exemple, sur les travaux du groupe de travail chargé d'étudier la restauration à bord des aéronefs, ceux de la réunion de Torremolinos sur les intoxications alimentaires dans les transports internationaux et ceux de la réunion de Copenhague sur la méthodologie des laboratoires d'hygiène alimentaire.

Les Pays-Bas attachent une grande importance à la prévention et à l'endiguement des maladies transmises par les aliments et à la coopération entre les services de santé publique médicaux et vétérinaires. Ils attachent une attention particulière aux Salmonelles qui, bien que n'étant peut-être pas les plus dangereuses, sont certainement les plus répandues des bactéries, tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans l'île de Walcheren a été menée une étude complète sur l'écologie des salmonelles et notamment sur leur excrétion par les porteurs, leur persistance dans les installations classiques d'épuration de l'eau, leur transmission par le fumier utilisé comme engrais ainsi que par le bétail, les oiseaux, les mouches, etc. Aussi petite que soit cette île, il a été impossible de la débarrasser entièrement des salmonelles, en dépit d'une incidence réduite. Seule l'éducation du consommateur peut apporter une réponse à ce problème.

Le Dr DIETERICH (Directeur de la Division de l'Hygiène du Milieu) remercie les délégués pour leurs utiles observations qui permettront de développer le programme et, au nom du Secrétariat, il remercie les gouvernements dont les experts et les institutions ont participé à ce même programme.

Le document A31/28 n'est pas un rapport d'activité mais il présente la nouvelle orientation qu'il est proposé d'imprimer au programme. Répondant au délégué soviétique, le Dr Dieterich précise que les informations sur les programmes en cours et passés figureront dans le prochain rapport, ce qui permettra de faire une évaluation. Les activités de coopération technique mentionnées au paragraphe 13 2) représentent un progrès important bien qu'elles soient encore assez limitées pour le moment. Les listes mentionnées par le délégué de l'Inde sont en cours de préparation et pourront être distribuées.

Le PRESIDENT annonce qu'un projet de résolution approprié sera présenté ultérieurement à la Commission.

2. SURVEILLANCE DES ANOMALIES CONGENITALES : Point 2.6.15 de l'ordre du jour (résolution WHA29.50; document A31/26)

M. UEMURA (Directeur de la Division des Statistiques sanitaires) indique que le rapport du Directeur général (A31/26) a été rédigé pour donner suite à la résolution WHA29.50 sur la surveillance des anomalies congénitales. Cette résolution note le problème des anomalies congénitales, le fait que les épidémies de ces anomalies sont dues à des agents de l'environnement et la nécessité d'une action coordonnée au plan international. Elle constate que l'OMS a mis sur pied des réseaux de centres collaborateurs qui assurent très efficacement la surveillance internationale d'autres maladies, moyennant un coût minimal pour l'Organisation.

Le document, rédigé avec le concours de plusieurs experts nationaux, traite plutôt du contrôle et de la surveillance que de la prévention et du traitement des anomalies congénitales. Il analyse la documentation sur l'incidence des anomalies congénitales dans le monde et son importance relative. Il reconnaît qu'un bon système d'enregistrement, sans employer nécessairement des méthodes compliquées, pourrait dégager des tendances et assurer une sorte de préalerte en cas d'épidémies d'anomalies congénitales. Un système de ce genre devrait cependant faire partie intégrante des systèmes nationaux d'information sanitaire.

L'emploi de normes communes pour la terminologie, les techniques et les échanges internationaux d'informations faciliterait cette tâche. Le document passe en revue les travaux accomplis sur la normalisation au niveau international, notamment ceux dont se charge la National Foundation des Etats-Unis qui fait fonction d'office central des systèmes de surveillance des anomalies congénitales.

L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le rôle que l'OMS pourrait jouer dans le développement de la normalisation des méthodes, les échanges internationaux de renseignements et la désignation de centres collaborateurs.

Le Dr ELIAS (Hongrie) félicite le Directeur général pour son excellent rapport qui traite d'un problème important.

Dans plusieurs pays, les anomalies congénitales figurent parmi les dix principales causes de décès. En Hongrie, elles sont responsables d'un cinquième de la mortalité infantile totale, soit huit fois le taux des décès imputables à l'ensemble des maladies transmissibles. Le taux de fréquence des anomalies congénitales est de 4 % et on pense qu'il va augmenter avec le perfectionnement des méthodes de diagnostic qui permettra une meilleure détection des cas. Si on

pouvait combattre ces maladies, le fardeau des souffrances humaines serait considérablement allégé, comme l'indique le paragraphe 2.2 du rapport. A l'heure actuelle, la surveillance est capitale. Avec un bon système de surveillance, on peut évaluer, tous les mois ou tous les trimestres, des malformations déterminées et déceler rapidement les grappes de cas. Il est ainsi possible d'identifier à temps les causes sous-jacentes et de prendre les mesures pour les limiter ou les éliminer. Si un tel système avait existé en Europe occidentale au moment de la catastrophe produite par la thalidomide, on aurait pu éviter des milliers d'anomalies congénitales. Depuis, on a observé quelques grappes de cas qui ont pu être traités grâce aux systèmes de surveillance. Ceux-ci permettent aussi, dans les cas d'anomalies héréditaires, d'adresser à temps les parents à des centres de consultation génétique pour y recevoir des conseils de planification familiale; enfin, l'éducation sanitaire informe les gens sur les possibilités de dépistage des malformations foetales au moyen d'examen spéciaux.

Comme l'indique le rapport, l'efficacité d'un système national de surveillance des anomalies congénitales pourrait être considérablement améliorée par la collaboration internationale. Celle-ci assurerait une diffusion plus rapide des informations et limiterait donc l'action des facteurs étiologiques connus dans les pays où des cas ont été observés. C'est pourquoi il est important d'intensifier et développer des activités comme celles menées en 1972 à l'occasion de la consultation OMS visant à coordonner les activités des centres nationaux. On pourrait par exemple mettre sur pied des centres collaborateurs régionaux en vue de promouvoir la normalisation des méthodes, le stockage des données et les échanges d'informations. La Hongrie, où un système de surveillance des malformations congénitales a été mis en place en 1972, a collaboré depuis avec l'OMS au programme international et est extrêmement désireuse de poursuivre cette collaboration.

Pour M. DILEN (Belgique), c'est très justement que le rapport souligne que les anomalies congénitales posent un grave problème de santé publique. La surveillance est particulièrement indiquée lorsqu'il s'agit de causes environnementales. Les anomalies congénitales sont des indicateurs importants des effets nocifs de l'environnement moderne sur la santé, que ce soit par la pollution, les programmes de vaccination, l'introduction de nouveaux médicaments sur le marché et le transfert des techniques. Un système de dépistage précoce n'est concevable qu'au niveau international, et il importe à cet égard de rappeler l'existence du programme d'action concerté sur les anomalies congénitales qui a démarré en 1978 dans les pays des communautés européennes, y compris la Belgique. La première mesure prise dans le cadre de ce programme, à l'initiative du Comité de la Recherche médicale et de la Santé publique des communautés européennes, sera une mesure d'épidémiologie. Quatorze régions des communautés y participeront, dont deux en Belgique. Avant de mettre sur pied un système de surveillance, il convient de définir les conditions qui sont nécessaires à la normalisation des méthodes de dépistage et d'enregistrement d'une série d'anomalies congénitales pour qu'elles correspondent approximativement à celles qui ont été mentionnées dans le rapport du Directeur général. Un centre pourrait recueillir, analyser et diffuser périodiquement les données.

Dans le cadre du programme également, il conviendrait d'étudier les conditions d'application de la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies en vue de la Dixième Révision. On devrait également former du personnel à tous les niveaux, y compris dans les pays qui ne font pas partie de la Communauté. Conformément aux recommandations de la résolution WHA29.50 de l'Assemblée de la Santé, la délégation belge encourage l'OMS à inviter tous les pays à tirer parti de l'ensemble du programme et à faciliter les échanges d'informations au niveau international.

Le GONZÁLEZ CARRIZO (Argentine) dit qu'en 1967 le Secrétariat d'Etat à la Santé publique argentin a mis sur pied un programme de recherches sur les malformations congénitales; ce programme a encouragé l'étude collective latino-américaine sur les maladies congénitales qui consistait à surveiller, avec le soutien du BSP, les naissances dans les pays suivants : Argentine, Brésil, Chili, Equateur, Paraguay, Pérou, Uruguay et Venezuela.

A propos du paragraphe 2.1 du document, il est à noter qu'en Argentine c'est surtout pendant les 72 premières heures de vie qu'on essaie de dépister les anomalies. Pour ce qui est du paragraphe 2.7, l'Argentine partage l'avis de ceux qui doutent que le progrès technique multiplie les substances de tératogénicité inconnue et elle a constitué un groupe de travail sur la mutagenèse. L'Argentine a des difficultés à recueillir des informations sur les avortements et la mortalité foetale selon les méthodes décrites au chapitre 7 du rapport, mais elle peut tout au moins disposer des informations indiquées aux paragraphes 8.2 et 8.3.

Certes, il faut améliorer la normalisation des méthodes, échanger des informations et désigner des centres collaborateurs, et il est juste que ces points soient soulignés dans le rapport. L'Argentine offre l'usage de son infrastructure pour l'exécution d'activités régionales.

M. ZAPATERO VILLALONGA (Espagne) dit que son pays est particulièrement sensible aux problèmes liés aux anomalies congénitales, en particulier celles qui sont responsables d'arriération mentale. A propos du paragraphe 2.5 du rapport, qui indique que dans les pays où les soins sont peu développés et les services surchargés, le contrôle des anomalies congénitales vient au dernier rang des priorités; la question devrait faire l'objet d'un examen approfondi en vue de permettre la fixation des priorités au stade de la planification et de la programmation sanitaires. Les quatre principales causes de mortalité infantile sont les carences nutritionnelles, les infections, les risques congénitaux et les accidents; les administrations sanitaires de la plupart des pays se préoccupent essentiellement des deux premières qui ont effectivement un caractère prioritaire. Le coût élevé des programmes de surveillance des anomalies congénitales et le caractère assez récent des progrès de la génétique sont aussi des obstacles. Le moment est venu de stimuler et de coordonner les mécanismes susceptibles de fournir les informations appropriées - comme le souligne le rapport du Directeur général - ainsi que d'échanger des renseignements pratiques et des données scientifiques dans le cadre du nouveau concept de la santé, en particulier celui de santé de la famille.

M. Villalonga recommande en outre que l'on crée, dans le cadre des administrations sanitaires, des services de génétique humaine qui seraient en liaison étroite avec les services compétents des hôpitaux généraux. Il faudrait également établir des registres locaux des anomalies congénitales afin de constituer un registre national; les données pourraient être transmises au réseau de l'OMS. Pour faire fonctionner ces centres de génétique, il faudrait former du personnel spécialisé, notamment des infirmières, des techniciens de laboratoire et des travailleurs sociaux. Le programme de l'OMS devrait mettre l'accent sur ce point.

Sa délégation apprécie l'approche réaliste adoptée par l'OMS qui reconnaît la nécessité de fournir davantage d'informations et de disposer de plus amples connaissances en ce qui concerne les répercussions des anomalies congénitales sur la qualité de la vie; il faudrait aussi stimuler les études étiologiques appropriées, notamment sur les facteurs nuisibles de l'environnement. Le Gouvernement espagnol est disposé à apporter tout le soutien nécessaire à ce programme.

Pour le Dr MALONE (Etats-Unis d'Amérique), il ressort clairement du rapport qu'il est indispensable de souligner le besoin critique d'informations sur les anomalies congénitales, en particulier dans leurs rapports avec l'environnement. La délégation des Etats-Unis appuie les propositions concernant les activités de l'OMS dans le domaine de la surveillance.

Décrivant les activités de surveillance ayant un rapport avec le programme envisagé qui sont menées aux Etats-Unis, il indique que le Centre de lutte contre les maladies a mis sur pied, à la fin des années 60, un système de préalerte pour les cas semblables à celui de la thalidomide; ce système, qui a été adopté à l'échelon national en 1974, transmet les données fournies par le Bureau épidémiologique du Centre au Bureau central international des systèmes de surveillance des anomalies congénitales. La surveillance couvre actuellement quelque 1200 hôpitaux et un million de naissances par an. Le Centre mène d'autre part des études spéciales et offre une assistance aux autorités des Etats et aux autorités locales pour leurs enquêtes épidémiques. Certains collaborateurs du Dr Malone ont participé à des discussions sur les activités de l'OMS et ont présenté au sujet des malformations des données qui pourront être reprises par l'OMS pour ses travaux de surveillance préliminaires.

Le Centre de recherche sur la mère et l'enfant de l'Institut national de la Santé de l'Enfant et du Développement humain (Instituts nationaux de Santé) a lui aussi entrepris des activités du même genre; conjointement avec le Centre de lutte contre la maladie, il a notamment mené des programmes de surveillance des anomalies congénitales, offert des bourses et des contrats pour l'étude des mécanismes biologiques responsables des anomalies congénitales et organisé des conférences-ateliers pour la normalisation des méthodes de dépistage. Les institutions compétentes des Etats-Unis d'Amérique sont prêtes à renforcer leur participation aux activités de l'OMS.

Le Dr FIELD (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit que les points de vue exprimés dans le rapport concordent avec celui de son pays; sa délégation espère donc qu'il

sera largement accepté et que le Directeur général trouvera l'appui nécessaire pour développer le programme qu'il propose. Le Royaume-Uni est étroitement associé au groupe de recherche mis sur pied par les Communautés européennes afin de coordonner les travaux sur les anomalies congénitales et les registres des malformations dans les pays Membres dont a parlé le délégué de la Belgique; le Royaume-Uni espère que le groupe de recherche sera désigné centre collaborateur européen.

Le Professeur AKKERMANN (République démocratique allemande) dit que son pays attache une grande importance à la prévention des anomalies congénitales et à l'étude épidémiologique de leur étiologie. Des recherches sur la périnatalogie, financées par le Ministère de la Santé, ont été menées pendant plusieurs années et ont donné des résultats pratiques en ce qui concerne la prévention des anomalies congénitales.

En République démocratique allemande, toutes les femmes enceintes sont surveillées dans les maternités et les grossesses à risque élevé dans les centres spécialisés; elles sont transférées pour l'accouchement dans des cliniques spéciales dotées d'un service de néonatalogie et d'un service d'obstétrique. La République démocratique allemande est disposée à participer à des recherches interdisciplinaires complètes dans le cadre de ses activités internationales menées sous la directive et la coordination de l'OMS. En outre, certains centres responsables de la surveillance des anomalies congénitales pourront probablement eux aussi jouer le rôle de centres collaborateurs de l'OMS.

La délégation de la République démocratique allemande appuie entièrement le programme décrit dans le rapport du Directeur général.

Le Dr KEISAR (Israël) note avec satisfaction l'intérêt que porte l'Assemblée de la Santé au problème de la surveillance des anomalies congénitales. La délégation israélienne souhaite qu'on inclue l'hydrocéphalie dans la liste des anomalies facilement décelables figurant à la section 5.2 du rapport.

Vu les répercussions qu'ont les anomalies congénitales sur la qualité de la vie, le Ministère de la Santé d'Israël a décidé de leur donner la priorité et d'affecter les crédits nécessaires à un programme national de détection et de surveillance. Le dépistage s'effectue dans les centres de santé maternelle et infantile existants; l'amniosynthèse est pratiquée chez toutes les femmes enceintes de plus de 33 ans pour le dépistage des anomalies génétiques, notamment de la trisomie 21; la détection de la maladie de Tay-Sachs est menée dans certaines familles ashkenaz chez lesquelles il y a des antécédents; une étude pilote sur le dépistage de spina bifida et des défauts du tube neural fondée sur la mesure des taux d'alphafétoprotéines dans le sang maternel et le liquide amniotique est en cours. Dans les jours qui suivent la naissance, on analyse le sang du cordon ombilical pour dépister l'hypothyroïdisme et la phénylcétonurie.

Les problèmes d'éthique qui se posent lorsque l'avortement est recommandé au cours des quatre premiers mois de la grossesse pour cause d'anomalies congénitales du fœtus méritent aussi de faire l'objet d'une étude. La prévention des anomalies en cours de grossesse ou par un mécanisme de contrôle des facteurs tératogènes de l'environnement doit recevoir la priorité dans les efforts de lutte contre les anomalies congénitales.

Le Dr N'JIE (Gambie) déclare que pour simplifier les notifications, et compte tenu de la situation existant dans les pays en développement, on aura besoin d'un manuel ou d'un guide simple sur les anomalies congénitales les plus courantes pour que le programme de l'OMS puisse être appliqué plus largement.

Le Dr BAČVAROVA (Bulgarie) estime qu'il ne faut épargner aucun effort pour réduire l'incidence des anomalies congénitales et dépister les facteurs environnementaux qui en sont responsables, notamment les effets des rayonnements ionisants. Elle mentionne les travaux de l'Institut central de Tératologie de la Bulgarie, qui effectue actuellement une étude avant d'établir une carte tératologique du pays. L'utilisation de la classification Constantinova des anomalies congénitales, qui divise les anomalies en défauts structurels de base, anomalies chromosomiques et anomalies moléculaires, a amélioré l'exactitude de la notification en Bulgarie et, par suite, le travail préventif. Le Dr Bačvarova recommande que cette classification soit utilisée par l'OMS.

La délégation bulgare accueille avec satisfaction la proposition concernant un centre mondial de surveillance des anomalies congénitales. L'OMS devrait continuer d'encourager l'établissement de centres nationaux dont elle coordonnerait les activités. L'enregistrement des

anomalies devrait être effectué, non seulement à la naissance, mais aussi au bout d'un ans, puisque les enzymopathies et le mal fonctionnement rénal par exemple ne peuvent souvent être décelés pendant la première année de l'existence.

Le Dr KHAZEN (Canada) déclare que le rapport du Directeur général souligne à juste titre les principaux aspects d'un problème auquel les services de santé publique des pays développés notamment doivent accorder une priorité de plus en plus élevée. Le Canada a établi voici 12 ans un système de surveillance national et s'est récemment associé à l'OMS et aux États-Unis d'Amérique pour échanger sur le plan international des informations sur les dix anomalies majeures énumérées au paragraphe 5.2 du rapport. La délégation canadienne est favorable au rôle tel qu'il est proposé de faire jouer à l'OMS dans le rapport, et elle s'associe aux points de vue exprimés par les délégués de la Hongrie et du Royaume-Uni.

Le Dr Khazen souhaite appeler l'attention sur quatre points. Tout d'abord, le programme de surveillance devra être coordonné aux programmes d'hygiène maternelle et infantile et de salubrité de l'environnement, puisque les conclusions pratiques de la surveillance conditionneront les mesures préventives. En second lieu, il faudra définir soigneusement le rôle des centres collaborateurs proposés et coordonner leurs activités. La coordination régionale, la collecte et la diffusion des informations, la recherche en général et la recherche sur des anomalies déterminées, ainsi que la formation, constituent autant d'aspects distincts qui devront être pris en considération. En troisième lieu, la recherche visant à identifier des causes d'anomalies de manière à permettre la prévention devra se poursuivre parallèlement au programme de surveillance. Enfin, la planification des personnels de santé devra être menée en liaison avec le développement des centres collaborateurs.

Le Dr BORGONO DOMÍNGUEZ (Chili) souligne que les anomalies congénitales sont une cause de mortalité, et notamment de mortalité infantile et néonatale, de plus en plus importante dans les pays en développement. Il convient avec le délégué du Canada que l'intégration de la surveillance dans les programmes de santé maternelle et infantile est essentielle. Les obstétriciens, les pédiatres et autres personnels travaillant à ces programmes devront être informés des critères diagnostiques et seront tenus de fournir les informations de base à partir desquelles on pourra déterminer les besoins épidémiologiques et les besoins de la programmation.

Le Dr Borgono Domínguez demande, en complément du rapport du Directeur général, des informations sur les anomalies congénitales évitables, comme celles qui résultent de la rubéole des femmes enceintes; il est en effet important d'utiliser les méthodes dont on dispose pour réduire dans toute la mesure possible la fréquence de ces anomalies.

Le Dr SINCLAIR (Nouvelle-Zélande) déclare, à propos des sections 7 et 8 du rapport, qu'en Nouvelle-Zélande la responsabilité de la notification des anomalies congénitales incombe depuis des années aux directeurs et aux administrateurs en chef des maternités, dans lesquelles ont lieu plus de 99 % de toutes les naissances. Ils ont ainsi pu donner une idée des schémas et des tendances générales, mais n'ont pas fourni de renseignements sur les cas individuels. Plus tard, on a pu obtenir d'autres données à partir des rapports d'autopsies, des certificats de décès ou des statistiques hospitalières.

En 1975 a été instauré par décision du Gouvernement un nouveau système de notification exigeant du médecin accoucheur qu'il remplisse un formulaire comportant deux parties, la première sur les anomalies congénitales du nouveau-né, la seconde sur les événements intervenus pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum qui peuvent être considérés comme des facteurs de risque. Le nom de l'enfant est alors inscrit dans un registre ou dans un autre, selon qu'il présente des anomalies congénitales ou court un risque, dans l'espoir que la surveillance pourra être maintenue et l'aide nécessaire assurée à la famille. Les données doivent également être transmises au Centre national de statistiques sanitaires aux fins de surveillance et d'analyse. Malheureusement, le programme a échoué, essentiellement parce que les médecins considèrent que la section "facteurs de risque" du formulaire viole le caractère confidentiel des relations entre le médecin et le patient, c'est-à-dire la mère. Il en est résulté que très peu de formulaires ont été remplis et renvoyés. Un nouveau formulaire a été établi en liaison avec le corps médical pour la notification des anomalies congénitales seulement. Le Dr Sinclair pense que d'autres pays envisageant un programme de surveillance pourront tirer parti de cette expérience.

Le Professeur SULIANTI SAROSO (Indonésie) déclare que sur quelque 15 000 enfants nés à l'Hôpital général de Djakarta pendant la période 1926-67, 0,5 % présentent une anomalie,

l'hydrocéphalie étant la plus fréquente; à l'Hôpital général de Medan, pour 17 000 enfants nés entre 1970 et 1975, environ 0,8 % présentent une anomalie, la division palatine et le bec-de-lièvre prenant ici le pas sur l'hydrocéphalie. L'Indonésie n'a pas de programme de surveillance épidémiologique concernant spécifiquement les anomalies congénitales, mais en raison de la forte incidence des maladies transmissibles, elle entreprend dans le cadre de la surveillance de ces maladies la notification de ce qu'on appelle les "événements inhabituels". Il sera ainsi possible de dépister les épidémies d'anomalies congénitales si elles deviennent assez importantes pour attirer l'attention des agents sanitaires. La proposition du délégué de la Gambie concernant l'établissement d'indicateurs simples, utilisables en soins de santé primaires, notamment dans les pays en voie de développement, mérite un examen attentif. Le Professeur Sulianti Saroso note aussi la recommandation du délégué de la Nouvelle-Zélande selon laquelle il faut faire preuve de beaucoup de prudence dans la surveillance des anomalies congénitales.

Le Dr SANKARAN (Inde) estime que la surveillance des anomalies congénitales sera probablement considérée comme un luxe par les pays en développement. Dans l'Inde, par exemple, qui compte environ 22 millions de naissances par an, dont près de 80 % ont lieu à domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles, la collecte d'informations et l'établissement de statistiques sur les anomalies congénitales seront pratiquement impossibles d'ici très longtemps. Cela ne veut pas dire qu'il ne faudra pas faire un effort, surtout si l'on considère qu'avec la diminution considérable de la mortalité infantile, la survie des enfants présentant des anomalies congénitales pose un problème de plus en plus important, qui grève lourdement les ressources médicales et économiques du pays. A titre de première mesure, l'Inde a commencé, avec le concours de l'OMS, à procéder à l'évaluation des invalidités physiques de la population rurale de l'Orissa. Un certain nombre d'anomalies ont été identifiées et sont actuellement notées sur des formulaires standardisés en vue de leur codage et de l'analyse statistique. Un rapport initial a indiqué que la fréquence des anomalies congénitales chez les survivants était de 1,4 % et que ces anomalies touchaient surtout le système musculo-squelettique. Le chiffre total des invalidités, y compris celles qui sont acquises, est de l'ordre de 12,8 %, ce qui veut dire qu'au moins 280 000 enfants survivent chaque année avec des anomalies manifestes, touchant surtout le système musculo-squelettique : le chiffre n'est pas mince. Il est donc important d'adopter le système de surveillance des anomalies congénitales de l'OMS même s'il doit probablement commencer à une petite échelle dans certains établissements sélectionnés. Le Dr Sankaran pense que son pays pourra apporter des compétences et qu'un tel programme peut intéresser une économie en développement, même s'il n'a pas une priorité aussi élevée que bien d'autres problèmes auxquels l'Inde est confrontée.

Le Dr JOYCE (Irlande) note que l'Irlande a introduit un nouveau formulaire de notification périnatale, divisé en quatre sections, qui peut être distribué aux différents intéressés. Le Conseil national consultatif pour les médicaments fait actuellement une enquête sur les anomalies congénitales dans les maternités de Dublin où naissent environ un tiers des bébés venant au monde en Irlande. Il faut également citer une étude financée par les contributions bénévoles de différents organismes privés à l'Hôpital Rotunda sur les facteurs prénatals, natals et postnatals responsables des anomalies des bébés et déterminants pour la qualité de leur existence. Etant donné que 99 % de toutes les naissances ont lieu dans les maternités, on y recherche systématiquement depuis de nombreuses années la phénylcétonurie à l'aide du test Guthrie. On a découvert environ un cas pour 5500 naissances.

Le Dr KLIVAROVÁ (Tchécoslovaquie) considère que le rapport du Directeur général est un document utile et opportun pour l'étude et la prévention des anomalies congénitales. En Tchécoslovaquie, le sujet est étudié depuis 1956 à l'Institut de Recherche pour les Soins aux Mères et aux Enfants de Prague, où différents services s'occupent de tératologie, de la physiologie et de la pathologie de l'ontogenèse précoce, de la détection prénatale des anomalies du fœtus et de l'étude générale des enfants présentant des anomalies congénitales. L'enregistrement des anomalies congénitales s'effectue depuis 1956. Il y a trois ans, le registre a été amélioré et complété par un système de surveillance couvrant 17 types d'anomalies; quelque 27 000 cas sont enregistrés sur bandes magnétiques et stockés dans une banque de données. Toutes les anomalies ayant des causes périnatales doivent être enregistrées. En Tchécoslovaquie, on pratique l'interruption de grossesse chez les femmes enceintes présentant une rubéole ou une toxoplasmose ou chez celles qui ont été soumises à des rayonnements aux stades critiques de la grossesse. La prescription de médicaments pouvant avoir une action tératogène est interdite.

La délégation tchécoslovaque estime elle aussi que l'OMS a un important rôle de coordination à jouer dans les échanges d'informations sur les anomalies congénitales. Vu le niveau scientifique élevé des travaux de l'Institut de Prague pour les Soins aux Mères et aux Enfants, le Dr Klivarová considère qu'il remplit toutes les conditions requises pour être centre collaborateur de l'OMS.

Le Dr FETISOV (Union des Républiques socialistes soviétiques) partage les points de vue des orateurs précédents sur l'importance du problème et note avec plaisir que l'OMS donne suite aux recommandations formulées par la Vingt-Neuvième Assemblée de la Santé. Il appuie le développement du programme, en ce qui concerne notamment la standardisation des méthodes de détection et d'enregistrement des anomalies congénitales et la création d'un réseau OMS de surveillance. Le Dr Fetisov suggère que l'Institut de Génétique de l'Académie de Médecine de l'Union soviétique pourrait figurer parmi les centres collaborateurs.

Le Dr BROYELLE (France) aimerait avoir des précisions sur les centres collaborateurs de l'OMS s'occupant des anomalies congénitales ainsi que sur les critères qui président à leur sélection et à leur désignation.

M. UEMURA (Directeur de la Division des Statistiques sanitaires) remercie les délégués de leurs précieuses informations et de leurs offres de collaboration; il sera tenu compte de leurs observations dans les futures activités d'exécution du programme. Répondant aux délégués de la Belgique et du Royaume-Uni, M. Uemura dit qu'il se réjouit des activités mises en route par la Communauté européenne et déclare que l'OMS souhaite se tenir au courant des travaux effectués en ce qui concerne notamment la standardisation de la terminologie, la classification et les procédures. Il se réjouit aussi de la suggestion du délégué belge tendant à ce que la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies soit utilisée pour établir une classification améliorée en vue de la prochaine révision. En réponse aux délégués du Canada et de la France, M. Uemura déclare qu'aucun centre collaborateur OMS pour la surveillance des anomalies congénitales n'a encore été désigné et que les critères qui doivent présider à la sélection de tels centres, ainsi que les rôles spécifiques qui leur incombent, seront examinés très attentivement. Il faudra probablement prévoir un certain nombre de ces centres dont chacun sera spécialisé dans telle ou telle activité : collecte et diffusion de l'information, standardisation, recherche épidémiologique ou formation.

Le Dr PETROS-BARVAZIAN (Directeur de la Division de la Santé de la Famille) déclare que les observations de la Commission montrent bien la complexité du sujet, et qu'on ne peut le dissocier des différents stades du développement sanitaire et des priorités accordées aux problèmes de santé dans les pays. Elle a tout particulièrement noté l'accent mis sur la prévention et sur le fait que le but de la surveillance est la prévention précoce. Toutes les activités améliorant l'issue de la grossesse et prévenant la mortalité foetale et infantile peuvent concourir à la prévention des malformations congénitales. En réponse au délégué du Chili concernant la vaccination contre la rubéole, le Dr Petros-Barvazian précise que la situation varie d'un pays à l'autre. Dans les pays où la plupart des femmes ont contracté la rubéole pendant leur enfance, on ne vaccine pas les jeunes femmes contre cette maladie. Dans d'autres pays, où l'incidence de la rubéole est faible, on vaccine les écolières et les adolescentes afin qu'elles ne risquent pas de contracter la maladie en cours de grossesse.

Le PRESIDENT propose que la Commission prenne acte du rapport du Directeur général.

Il en est ainsi décidé.

3. PROJET DE QUATRIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B (document (projet) A31/69)

Le Dr BENADOUDA (Algérie), Rapporteur, donne lecture du projet de quatrième rapport de la Commission.

Décision : Le rapport est adopté.

4. FLUORATION ET PREVENTION DES CARIES DENTAIRE : Point 2.6.14 de l'ordre du jour
(résolution WHA28.64; document A31/25)

Le Dr POUSTOVOI (Directeur de la Division des Maladies non transmissibles), qui présente la question inscrite à ce point de l'ordre du jour à la demande du PRESIDENT, rappelle qu'en 1969 la Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a recommandé la fluoration de l'eau en tant que mesure pratique de prévention des caries dentaires et a prié le Directeur général d'encourager la recherche sur l'étiologie des caries, ainsi que sur les mécanismes de l'action du fluor et sur ses concentrations optimales. En janvier 1974, le Conseil exécutif a noté que les caries dentaires posaient un problème sanitaire d'importance grandissante et a prié en conséquence le Directeur général d'établir un programme pour promouvoir la fluoration des approvisionnements en eau des collectivités, ainsi que d'autres méthodes agréées de prévention des caries dentaires, et de faire rapport à la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport est à l'origine de la résolution WHA28.64 qui a elle-même donné naissance au programme décrit dans le document A31/25. Il est évident que de nombreux pays commencent à s'intéresser aux problèmes d'hygiène buccale et qu'un effort systématique a été fait pour donner suite à toutes les recommandations de la résolution WHA28.64. Le Dr Poustovoi estime qu'il faudrait en profiter pour coordonner à l'échelle mondiale ces efforts dans un programme clairement circonscrit et pour standardiser les méthodes permettant d'évaluer les problèmes et de choisir des stratégies.

Le sous-programme préventif de l'OMS en santé bucco-dentaire a progressé avec des ressources très limitées grâce au soutien de ressources extrabudgétaires; le Dr Poustovoi espère que ce soutien ne sera pas seulement maintenu, mais accru. L'expérience des pays industrialisés fournit d'abondantes données sur l'augmentation des caries dentaires et sur les effets durables des parodontopathies ou de la perte des dents, mais ces données ne suffisent pas si l'on ne comprend pas ce qu'elles impliquent, d'une part en termes de demande de la part de la population, et d'autre part de dépenses en l'absence de mesures efficaces de prévention et de lutte. Il est particulièrement frappant de constater que certains pays hautement développés ne peuvent assurer tous les traitements dentaires qui seraient nécessaires, alors que la densité des dentistes tourne autour de 1 pour 1000 habitants et que jusqu'à 11 % des dépenses de santé vont à la santé bucco-dentaire. On trouve des populations largement desservies par des systèmes hautement développés de soins bucco-dentaires où deux adultes sur cinq sont édentés malgré les dépenses considérables consacrées à la santé bucco-dentaire. Dans ces populations, la prévalence de la maladie bucco-dentaire approche maintenant, quand elle ne la dépasse pas, celle des pays en développement.

Le Dr BARMES (Santé bucco-dentaire) déclare que d'après des données sérieuses et toujours plus nombreuses, on assiste à une augmentation rapide et importante de la prévalence des caries tandis que la prévalence des parodontopathies plafonne à un niveau élevé, notamment en Afrique, en Asie, dans la Méditerranée orientale et dans le Pacifique. Deux exemples remarquables suffiront. Tout d'abord, au Japon, les enquêtes nationales complètes effectuées tous les dix ans depuis 1957 ont révélé une augmentation constante de la prévalence des caries; les données les plus récentes indiquent que la maladie a été multipliée par trois, ce qui signifie que le temps de traitement doit être multiplié par cinq ou six. En second lieu, les données en provenance de la Polynésie française indiquent maintenant une prévalence des caries aussi élevée que dans n'importe quelle autre population. Le premier exemple qui a trait à une population de plus de 100 millions d'habitants montre bien l'énormité du problème. Le second exemple, qui concerne une petite population autrefois remarquée pour la quasi-absence de caries dentaires, montre que celles-ci augmentent et peuvent même atteindre les niveaux les plus élevés, dès lors que la population en question est en relation avec des nations européennes, ou des populations d'origine européenne. C'est ce qui se produit actuellement dans les pays en développement qui comptent plus de 50 % de la population mondiale. Il faut bien connaître ces tendances parce que des efforts concertés sont nécessaires, non pas pour faire régresser la maladie, mais pour empêcher sa progression. Tous les pays où la prévalence des caries dentaires est actuellement en diminution ont adopté des programmes de prévention, consistant essentiellement en mesures de fluoration de l'eau, après que la maladie eût atteint des niveaux maximaux et que des effectifs considérables eurent été réunis pour répondre aux demandes de soins. Les pays hautement développés ont encore beaucoup à faire pour maximiser la prévention et sont écrasés par le coût des soins bucco-dentaires. Dans les pays très industrialisés où la prévalence des caries dentaires est forte ou très forte, la densité des

dentistes dépasse 1 pour 5000 habitants et atteint même parfois 1 pour 1000. Au contraire, dans 53 % des Etats Membres, la concentration de personnel dentaire est inférieure à 1 pour 20 000 et dans 30 % elle n'atteint même pas 1 pour 100 000. Faute de pouvoir prévenir la progression des caries dentaires, on a créé des services scolaires d'hygiène dentaire qui ont souvent assuré les soins sans mettre l'accent sur la prévention. On a calculé qu'un minimum de soins systématiques aux enfants des écoles primaires exige 300 dentistes supplémentaires par million d'enfants pour des augmentations de la prévalence des caries de l'ordre de celles qui se sont produites en 10 ans dans un certain nombre de pays en développement. Dans les mêmes conditions, des soins complets supposeraient 700 dentistes supplémentaires pour un million d'enfants. Il n'est pas souhaitable que les pays en développement répètent l'expérience des pays hautement développés. Cela serait d'ailleurs économiquement impossible à de nombreux Etats Membres. Il faut donc établir de toute urgence des programmes nationaux de prévention. Les responsables de la prévention seront essentiellement les individus eux-mêmes, les parents, les enseignants, les ingénieurs, les fabricants ou distributeurs de produits, par exemple, de sel. La plupart des personnels dentaires ou sanitaires participant à ces programmes ont simplement à informer, à encadrer, à évaluer, à planifier, si bien que la prévention, loin d'être coûteuse en personnels de santé, libérera des professionnels et des auxiliaires qui pourront se consacrer à des travaux exigeant davantage de qualifications.

L'OMS continue à jouer un rôle de coordination dans trois grands secteurs du sous-programme de prévention : promotion de l'utilisation du fluor dans les programmes nationaux, coordination de la recherche en transfert de l'information. Les méthodes de surveillance utilisées sont simples et peu coûteuses et l'on peut estimer correctement le moment de l'intervention préventive et la manière de procéder en s'aidant des informations fournies par la surveillance. Or, malgré l'impressionnant arsenal des méthodes préventives, en tête desquelles vient la fluoration de l'eau, on ne possède pas encore assez de données sur le moment précis où il faut intervenir et sur la méthode à employer pour chaque ordre de grandeur de l'augmentation des caries. Il faut réunir des données d'expérience pour que l'action concertée de l'OMS devienne plus précise, plus efficace et, partant, plus économique. Comme la prévention des caries est naturellement associée à la prévention d'autres infections bucco-dentaires, il est essentiel d'étendre la prévention à d'autres maladies bucco-dentaires, notamment les parodontopathies. En conclusion, le Dr Barmes estime que les Etats Membres et le Secrétariat devront développer les activités et les projets déjà engagés dans les domaines suivants : surveillance, essais pratiques, centres de démonstration et de formation, planification nationale de programmes de prévention, coordination de l'information et de la recherche en santé bucco-dentaire.

Le Dr HIDDLESTONE (Nouvelle-Zélande) introduit le projet de résolution suivant, au nom des délégations des Etats-Unis d'Amérique, de Finlande, d'Iran, d'Irlande, d'Islande, d'Israël, de République démocratique allemande, de Roumanie, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, et de son propre pays :

La Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé,

Préoccupée par l'augmentation de la prévalence des caries dentaires dans le monde, par ses conséquences pour la santé et par ses effets socio-économiques;

Prenant note des résolutions WHA22.30, EB53.R30 et WHA28.64 dans lesquelles a été soulignée l'importance de ce problème;

Reconnaissant qu'une large expérience de la fluoration des approvisionnements publics en eau a démontré qu'il s'agit là d'un moyen sûr, peu coûteux et efficace de prévenir les caries dentaires,

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres d'envisager sans délai de fluorer les approvisionnements publics en eau afin de réduire la prévalence des caries dentaires;
2. PRIE l'Organisation mondiale de la Santé de continuer à fournir aux Etats Membres des avis et une assistance techniques pour la mise en oeuvre de programmes de fluoration des approvisionnements publics en eau et de stimuler la coopération avec et entre les Etats dans cet important secteur de la santé publique;
3. ESTIME que, lorsque la fluoration des approvisionnements publics en eau de boisson n'est pas réalisable pour des raisons techniques ou autres, d'autres méthodes permettant de garantir un effort ou une application suffisants de fluorures doivent être envisagées;
4. INVITE le Directeur général à faire rapport en temps voulu sur l'état d'avancement de la question.

Le Dr Hiddlestone explique qu'en demandant à la Commission de mettre l'accent sur la fluoration les auteurs ne sous-estiment pas l'importance capitale d'autres mesures préventives telles qu'un régime alimentaire approprié, ou des soins d'hygiène dentaire, mais tiennent à appeler l'attention sur une mesure sûre, efficace, d'application facile, qui peut être l'un des plus grands triomphes de la prophylaxie moderne. Or, bien qu'on utilise des désinfectants pour protéger les communautés contre des approvisionnements en eaux infectées ou de l'iodure de potassium pour prévenir le goitre, la fluoration suscite une réaction qui évoque l'obstruction hostile et abusive à laquelle s'est heurté Jenner au début de ses travaux sur la vaccination et qui va de la critique, de la suspicion et de la peur à la déformation systématique des faits et à des allégations contraires aux droits démocratiques de l'homme.

Parce qu'il est fabriqué industriellement, le fluor est dit "non naturel" et, malgré son ionisation naturelle, est considéré comme une sorte d'alchimie moderne pervertie, alors que le fluor "se présentant à l'état naturel" est accueilli comme une providence divine. Des campagnes malveillantes et trompeuses ont prétendu que la fluoration avait des effets secondaires terribles, ce qui est sans fondement scientifique et pourtant difficile à réfuter. Des déclarations exactes, soigneusement pesées, émanant d'autorités respectables, sont longues à venir rassurer la population. C'est pourquoi il faut répéter régulièrement la déclaration catégorique faite par le Directeur général au cours de la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : sauf difficultés pratiques insurmontables, aucune collectivité ne peut s'offrir le luxe de ne pas fluorer ses approvisionnements publics en eau. Ce sont ces difficultés qu'on rencontre dans certaines parties de la Nouvelle-Zélande où il n'y a pas de réseau de distribution d'eau. En pareil cas, la fluoration du sel offre une excellente solution de remplacement, comme l'a montré le travail remarquable effectué dans les Caraïbes.

Le Dr Hiddlestone souligne que l'hygiène dentaire et l'action de l'OMS doivent aller au-delà de la fluoration; mais l'Organisation, dans le cadre des fonctions qui lui sont assignées dans le document A31/25 et dans le projet de résolution, aura pour tâche majeure d'évaluer les allégations selon lesquelles la fluoration serait nuisible à la santé et de diffuser la vérité. En Nouvelle-Zélande, qui est à juste titre fière de son système d'infirmières dentaires scolaires, le fait qu'une infirmière dentaire attachée aux écoles primaires puisse surveiller l'état dentaire de deux fois plus d'enfants dans les régions où les adductions d'eau sont fluorées que dans celles où elles ne le sont pas, est entièrement dû à la remarquable action protectrice de la fluoration. La délégation de la Nouvelle-Zélande croit que toutes les délégations désireuses de promouvoir la santé publique préventive doivent appuyer le projet de résolution.

M. NATARAJAN (Inde) déclare que dans son pays il y a tout à la fois manque et excès de fluor. Une enquête a montré que dans de nombreuses régions la teneur de l'eau de boisson en fluor est très excessive et va de 2 à 25 parties par million. Il faut rechercher les régions où les approvisionnements publics en eau de boisson manquent de fluor et voir si des mesures ont été prises; mais il faut aussi mettre au point des techniques de défluoration, là où la teneur est excessive, afin de combattre la fluorose endémique des dents ainsi que les ostéopathies et les troubles neurologiques. D'autre part, l'addition topique de fluor à l'eau de boisson peut être utile dans les régions où la teneur en fluor est très inférieure aux limites acceptées.

Pour ces différentes raisons, M. Natarajan suggère qu'on pourrait apporter les amendements suivants au projet de résolution : adjonctions au préambule d'un alinéa ainsi libellé "Reconnaissant aussi que dans certaines régions une plus forte teneur de l'eau en fluor peut constituer un problème de santé"; amendement au paragraphe 1 qui serait ainsi libellé "PRIE INSTAMMENT les Etats Membres d'envisager de toute urgence d'assurer la fluoration des approvisionnements publics en eau, là où c'est approprié et nécessaire pour réduire la prévalence des caries dentaires"; amendement du début du paragraphe 2 qui serait ainsi libellé "PRIE l'Organisation mondiale de la Santé de fournir des avis et une assistance techniques aux Etats Membres dans la mise en oeuvre de la fluoration des approvisionnements publics en eau et de la défluoration là où c'est nécessaire".

Le Professeur SZCZERBÁN (Pologne) déclare que dans son pays les soins dentaires couvrent une large gamme de services préventifs et curatifs : examens périodiques gratuits, traitement préventif, thérapeutique dans toutes les branches de la stomatologie. Les programmes à moyen et à long terme accordent une place particulière aux mesures préventives destinées aux enfants et aux adolescents. En 1970-1971, des examens de masse pratiqués sur plus de 1 400 000 personnes appartenant à des groupes d'âge différents ont montré que 90 % des membres de la population étudiée souffraient de caries - les caries des molaires étant loin d'être négligeables - et qu'à 15 ans environ 6 % des adolescents avaient subi des extractions. La fluoruration de l'eau de boisson a été instaurée en Pologne en 1967; d'autres mesures ont été employées, telles que l'administration de pilules ou de comprimés fluorés, et le brossage des dents avec des produits contenant du fluor dans les écoles et les jardins d'enfants. Les pâtes dentifrices contenant des composés de fluor sont largement utilisées. Ces différentes activités ont triplé la proportion d'enfants exempts de caries. Les soins dentaires ont diminué de 2 à 4 fois dans différents groupes d'âge et l'évolution des caries a pu être ralentie. Un programme complet de prévention est mené en deux étapes : la première se terminera en 1980 et la seconde en 1990; il comporte des mesures systématiques, telles que l'introduction progressive de la fluoruration de l'eau de boisson dans les villes de plus de 50 000 habitants, ce qui représente un tiers de la population du pays, ou l'administration de comprimés fluorés, et des mesures topiques visant à protéger d'abord les enfants de 5 à 8 ans puis ceux de 2 à 4 ans en 1981. Le succès du programme dépendra de l'éducation sanitaire et de l'établissement d'une bonne organisation avec participation de différentes institutions gouvernementales, sociales, éducatives et économiques. On considère que l'eau de boisson devra être fluorée là où la concentration naturelle en fluor est inférieure à 0,5 mg par litre et que la concentration maximale pourra être de l'ordre de 0,8-1,2 mg par litre. Les résultats visés pour 1980 sont les suivants : diminuer chaque année scolaire de 5 à 10 % le nombre d'enfants souffrant de caries; rendre inutiles les extractions dentaires dans le groupe de 5 à 11 ans; abaisser de 72 % à 50 % la proportion d'enfants ayant besoin de contrôles dentaires constants et de traitements. La réduction spectaculaire des traitements chirurgicaux et l'élimination de la douleur entraîneront simultanément un changement d'attitude vis-à-vis des traitements dentaires.

Le Dr KYELEM (Haute-Volta) occupe le fauteuil présidentiel.

Le Professeur HALTER (Belgique) déclare que sa position est beaucoup plus nuancée que celle du délégué de la Nouvelle-Zélande. Trente ans d'expérience lui ont montré que les caries dentaires résultent de l'action simultanée d'un certain nombre de facteurs : tout d'abord la consommation de sucreries, s'accompagnant de la présence d'une flore bactérienne cariogène et d'une hygiène bucco-dentaire insuffisante. C'est seulement plus tard qu'une résistance diminuée de l'émail dentaire - peut-être due à un manque de fluor - intervient. En ce qui concerne ce qui a été dit précédemment sur l'augmentation des caries dans certaines populations, en particulier en Polynésie française, le Professeur Halter demande dans quelle mesure cela est dû à une modification de l'absorption de fluor et si un rôle beaucoup plus important n'est pas joué par l'introduction de sucreries, de féculents et de glucides, ainsi que d'une flore bactérienne nouvelle importée par une civilisation étrangère.

Le Professeur Halter considère que le projet de résolution ne tient pas compte d'autres facteurs qui sont au moins aussi importants que le manque de fluor et propose en conséquence les amendements suivants : 1) insertion après le second alinéa du préambule d'un nouvel alinéa ainsi libellé "Rappelant que la carie dentaire est la résultante de plusieurs facteurs extérieurs tels que la consommation de sucreries et de féculents, l'action de bactéries spécifiques, le manque d'hygiène bucco-dentaire, qui agissent sur une dent dont la résistance a été éventuellement réduite par un manque de fluor dans l'alimentation"; 2) remplacement à l'alinéa suivant du préambule des mots "des méthodes sûres, peu coûteuses et efficaces de prévention des caries dentaires" par les mots "avec une bonne hygiène bucco-dentaire, est sûre ...". 3) La suppression à l'alinéa 1) de "sans délai" et le remplacement de "la prévalence" par "un des facteurs importants des caries dentaires". L'insertion après le mot "programme" de "de lutte contre la carie dentaire, entre autres par des programmes de ...".

Le Professeur Halter ajoute que dans son pays qui est petit mais hautement industrialisé l'air et l'eau sont constamment pollués par des émanations de fluor provenant de différentes industries, causant entre autres choses la mort de bétail, et obligeant à assurer la défluoration de l'eau dont a parlé le délégué de l'Inde. Il n'y a pas de panacée et l'Organisation ne doit pas s'exposer à des critiques inutiles.

Le Dr HAAS (Autriche) déclare que dans son pays on utilise depuis longtemps le fluor pour la prévention des caries, surtout sous la forme de comprimés fluorés distribués aux enfants à titre volontaire. Ces mesures ont eu un effet statistiquement significatif. Le Dr Haas note qu'alors que le rapport du Directeur général passe en revue différentes méthodes d'utilisation du fluor, le projet de résolution est centré sur la fluoration des approvisionnements publics en eau. La délégation autrichienne est d'avis que l'addition d'une substance quelconque à l'eau du réseau n'est justifiée que s'il s'agit de rendre l'eau propre à la consommation, ou si les moyens techniques de transport l'exigent. En principe, toute personne a le droit à de l'eau de boisson non adultérée. Pour cette raison, parmi d'autres, le Ministère autrichien de la Santé a rejeté la fluoration de l'eau en tant que mesure de santé publique. La délégation autrichienne n'est donc pas en mesure d'approuver le projet de résolution et devra s'abstenir s'il est mis aux voix; cependant, elle pourrait probablement voter pour la résolution telle que le délégué de la Belgique a proposé de l'amender.

Le Dr BAČVAROVA (Bulgarie) déclare que la lutte contre les caries dentaires est nécessairement complexe, puisque des facteurs multiples qui n'ont pas encore été bien étudiés interviennent dans leur étiologie. L'expérience montre qu'on ne peut améliorer notablement la situation qu'en augmentant constamment le nombre des stomatologues, mais qu'une prophylaxie systématique provoque néanmoins une diminution considérable de l'incidence. Les meilleurs résultats s'obtiennent par l'utilisation du fluor, associée à un régime alimentaire rationnel et à une bonne hygiène bucco-dentaire. Les mesures de prévention des caries en Bulgarie consistent essentiellement en l'utilisation de fluor, y compris de comprimés fluorés, d'eau minérale contenant du fluor, de pâtes dentifrices additionnées de fluor, et de sels minéraux, et en l'application topique de composés de fluor, associés à une éducation sanitaire visant à encourager un régime rationnel et des habitudes durables d'hygiène bucco-dentaire. La résolution WHA28.64 qui recommande la fluoration de l'eau de boisson va dans le sens de la politique du Ministère bulgare de la Santé, et les mesures recommandées par l'OMS touchant la prophylaxie des caries au moyen de préparations fluorées figurent au programme d'action stomatologique de la Bulgarie.

Le Professeur BAUME (Fédération dentaire internationale), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, rappelle que le programme proposé par l'OMS repose en partie sur la Fédération dentaire internationale - composée de 86 associations dentaires nationales réunissant quelque 400 000 dentistes - qui est chargée de canaliser l'information vers l'OMS et de fournir une aide technique et financière aux Etats Membres qui en font la demande. Par le biais de ses commissions, la Fédération dentaire internationale fera toujours son possible pour fournir l'aide qui lui est demandée. Ainsi, son comité exécutif recommandera à sa prochaine assemblée générale d'apporter des concours financiers aux essais pratiques d'hygiène bucco-dentaire menés par l'OMS dans plusieurs pays, avec l'assentiment de ceux-ci.

Bien que la Fédération dentaire internationale soit nettement en faveur de la fluoration de l'eau, elle reconnaît qu'il y a des cas où la fluoration n'est pas possible pour des raisons de faisabilité ou d'acceptation par les communautés ou par les gouvernements. Le Professeur Baume souligne que le rapport du Directeur général a bien tenu compte de ce problème en proposant d'autres méthodes de prévention des caries pouvant répondre aux besoins des Etats Membres dans les cas où la fluoration de l'eau n'est pas possible. La méthode exposée dans le plan de l'OMS est compatible avec la politique de la Fédération. Le Professeur Baume demande instamment à la Commission d'approuver le projet de résolution.

Le Dr SEBINA (Botswana) se réjouit des progrès actuellement réalisés dans la mise au point d'eau dentifrice, de pâtes dentifrices et de solutions fluorées, puisque la plus grande partie de la population du Botswana est approvisionnée en eau par des puits forés, et non par des réseaux sous canalisations. La modification des habitudes alimentaires, notamment la consommation d'hydrates de carbone raffiné, a accru l'incidence des caries dentaires et des parodontopathies. L'éducation sanitaire et le programme dentaire du pays visent donc à dispenser du fluor aux écoliers à intervalles recommandés, sans exclure la fluoration de l'eau, là où elle est possible, encore qu'il faille noter que certaines eaux contiennent naturellement trop de fluor. La délégation du Botswana appuie les recommandations du Directeur général concernant des mesures préventives efficaces. Ces recommandations doivent maintenant se traduire en programmes d'hygiène dentaire intégrés au niveau des pays, la coordination étant assurée par l'Organisation aux niveaux régional et mondial. La délégation du Botswana appuie d'une manière générale le projet de résolution et souhaite que le texte des amendements proposés soit distribué.

La séance est levée à 12 h.55.

* * *