



TRENTE ET UNIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

COMMISSION B

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA SEIZIÈME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Mardi 23 mai 1978, à 15 h.40

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

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Examen de questions techniques particulières (suite) :	
Fluoration et prévention des caries dentaires (suite)	2
Action complète de lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité (rapport de situation)	5
2. Coordination à l'intérieur du système des Nations Unies (suite) :	
Activités financées au moyen de fonds extrabudgétaires provenant d'organismes du système des Nations Unies (suite)	9
Assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et aux Etats en voie d'y accéder en Afrique (suite)	10
3. Examen de questions techniques particulières (reprise de la discussion)	
Action complète de lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité (rapport de situation) (reprise de la discussion)	13

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.

SEIZIEME SEANCE

Mardi 23 mai 1978, à 15 h.40

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

1. EXAMEN DE QUESTIONS TECHNIQUES PARTICULIERES : Point 2.6 de l'ordre du jour (suite)

Fluoruration et prévention des caries dentaires : Point 2.6.14 de l'ordre du jour (résolution WHA28.64; document A31/25) (suite)

Pour le Dr MATTHEIS (République fédérale d'Allemagne), le rapport du Directeur général (document A31/25) montre que le programme de prévention des caries dentaires a donné de bons résultats. La fluoruration de l'eau a certainement des effets positifs, mais il importe d'élaborer aussi d'autres stratégies car il est des pays où la fluoruration de l'eau ne sera pas possible avant un certain temps. L'OMS va s'attaquer au problème de l'acceptation des mesures de prévention des caries dentaires; il y a tout lieu de s'en féliciter car il s'agit d'un problème important qui exige une action menée sur un large front.

La délégation de la RFA est disposée à voter le projet de résolution présenté à la séance précédente, sous réserve de l'adoption des amendements de la Belgique.

Le Dr FEDOROV (Union des Républiques socialistes soviétiques) se déclare très satisfait de l'oeuvre accomplie par l'OMS dans ce domaine depuis la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Cette action a exigé la mise au point de méthodologies, l'exécution d'études épidémiologiques sur la prévalence des caries dentaires et la planification de programmes nationaux de prévention en matière de stomatologie. Il importe de coordonner les efforts nationaux visant à la prévention des caries dentaires et autres maladies de la bouche. L'Institut de Recherche stomatologique de l'URSS est disposé à jouer pleinement son rôle de centre collaborateur dans l'exécution du programme de l'OMS.

Les amendements au projet de résolution semblent jusqu'à un certain point contredire l'intention même de la résolution. Le Dr Fedorov propose de constituer un groupe de travail chargé d'élaborer une version satisfaisante pour tous.

M. NYGREN (Suède) dit que son gouvernement est conscient de l'importance de l'hygiène dentaire pour le bien-être de la population. Ces dernières années, la question de la fluoruration a suscité un débat animé parmi les scientifiques et un comité spécial a été constitué pour étudier le problème. Depuis quelques années, la Suède s'efforce de promouvoir l'application individuelle de fluor dans les écoles et dispensaires dentaires du secteur public. Toutefois, si le projet de résolution est mis aux voix, la délégation suédoise devra s'abstenir.

Le Dr MOCUMBI (Mozambique) expose les principaux éléments du programme d'hygiène dentaire de son pays, à savoir : premièrement, la mise en place d'un service dentaire d'urgence; deuxièmement, le lancement d'un programme de prévention; et troisièmement, la création d'un service de traitement. Afin de réaliser ces objectifs le plus rapidement possible, le Mozambique a entrepris de former ses propres auxiliaires dentaires et commencera prochainement à assurer la formation de techniciens dentaires. Il a également défini des règles de pratique thérapeutique visant à une utilisation aussi efficace que possible des moyens limités dont il dispose actuellement. Afin de suivre les progrès de l'action entreprise, une enquête épidémiologique pilote a été entreprise sur les maladies de la bouche; elle sera prochainement suivie d'une enquête générale.

Le rapport est dans l'ensemble satisfaisant, mais il y a un certain déséquilibre dans l'importance relative accordée aux deux grands types d'affections bucco-dentaires. Si dans de nombreux pays en développement l'incidence des caries dentaires est faible au début, elle s'élève rapidement au fur et à mesure du développement économique, alors que l'incidence des parodontopathies est uniformément élevée. Il faudrait vraiment mettre davantage l'accent sur les parodontopathies ainsi que sur les problèmes que pose la fourniture de soins préventifs et d'urgence en milieu rural. Il convient également de noter les prix exagérés facturés par certaines sociétés pour la fourniture des instruments et produits dentaires les plus indispensables. Il faudrait tenter de remédier à cette situation.

La délégation du Mozambique approuve les mesures prises par le Directeur général pour mettre en oeuvre le programme qui est en cours d'examen.

Le Dr OZUN (Roumanie) souscrit à la résolution WHA28.64 ainsi qu'aux recommandations de l'OMS sur l'utilisation du fluor en tant que moyen de prévention de la carie dentaire. En 1960, son pays a entrepris d'étudier la concentration optimale de fluor dans l'eau de boisson, d'abord dans les villes de 100 000 habitants puis dans d'autres villes. Cette étude a montré qu'il fallait tenir compte de chaque situation particulière pour formuler des stratégies de prévention, car on a trouvé des concentrations extrêmement variables de fluor dans des zones distantes seulement de 10 km.

La délégation roumaine appuie le projet de résolution ainsi que l'amendement proposé par le délégué de la Belgique, et elle est disposée à collaborer avec l'OMS et d'autres pays en vue de soutenir le programme. Il faudrait renforcer les échanges d'informations sur l'épidémiologie de la carie dentaire et sur la fluoration, qu'il s'agisse de fluoration de l'eau potable, d'utilisation de comprimés de fluor ou encore de gels et de dentifrices. L'expérience acquise en Roumanie depuis 1960 pourrait faciliter la mise en place d'un programme efficace de prévention de la carie dentaire.

Le Dr KRAUSE (République démocratique allemande) précise que son gouvernement s'est fondé sur les recommandations de la résolution WHA28.64 pour mettre en place un système de soins bucco-dentaires préventifs destinés aux enfants et aux adolescents.

Sur le plan national, la réussite d'un tel système de soins préventifs dépend d'un certain nombre de facteurs, parmi lesquels figurent la situation démographique, la situation épidémiologique de la carie dentaire, la structure des systèmes préscolaires et scolaires, la situation socio-économique, la situation géographique, l'organisation de la distribution d'eau et l'organisation des soins bucco-dentaires destinés aux enfants. La prévention de la carie dentaire doit se poursuivre de façon systématique pendant un certain nombre d'années. Les programmes de prévention doivent reposer sur une seule méthode admise d'administration, qu'il s'agisse de fluoration de l'eau ou de sel ou de comprimés fluorés. Il convient également de prêter attention aux applications locales de fluor, aux mesures de réduction de la plaque dentaire et à une bonne alimentation.

L'un des aspects importants du programme de l'OMS en cours d'examen est l'élaboration de recommandations précises destinées à servir de directives pour le traitement préventif des caries dentaires. La formation d'un plus grand nombre d'auxiliaires de santé bucco-dentaire - comme les infirmières dentaires et les hygiénistes dentaires - est de la plus grande importance si l'on veut mettre en place un programme rationnel de stomatologie prophylactique.

La délégation de la RDA approuve les amendements proposés par les délégués de la Belgique et de l'Espagne.

Le Dr ESCALANTE MONGE (El Salvador) signale que dans son pays les grandes villes sont alimentées en eau potable fluorée, alors que dans les petites villes et les zones rurales un programme d'addition de fluor au régime alimentaire des écoliers est mis en oeuvre en collaboration avec le Ministère de l'Education. Un rapport sur ce programme sera présenté à la prochaine réunion des ministres de la santé de l'Amérique latine, qui aura lieu au Guatemala. On procède périodiquement à des études sur l'hygiène bucco-dentaire des écoliers et l'on poursuit une campagne permanente de prévention des maladies de la bouche. Il faut espérer que l'OMS continuera à suivre de près ces programmes et à offrir sa collaboration et son aide scientifique et technique. La délégation d'El Salvador fait siennes les conclusions du rapport du Directeur général.

M. VINES RUEDA (Espagne) déclare que son pays est prêt à collaborer au programme OMS de fluoration de l'eau et de prévention des caries dentaires. Il soutient le projet de résolution. L'Espagne a décidé de promouvoir la fluoration de l'eau dans le cadre d'une approche communautaire. La généralisation des mesures préventives soulève des difficultés techniques car la fluoration de l'eau suppose l'existence de réseaux adéquats d'adduction d'eau potable et le recours aux techniques nécessaires à l'entretien de ces réseaux. Or, ces réseaux de distribution n'existent pas encore dans les pays en développement ni dans certaines régions rurales ou défavorisées des pays développés.

Le projet de résolution indique qu'en pareil cas il faut faire appel à d'autres solutions. Toutefois, on ne précise pas clairement quelles sont les autres solutions recommandées. Il n'existe pas assez d'études et de recommandations de l'OMS concernant les véhicules du fluor autres que l'eau. Des études poursuivies dans d'autres pays, notamment en Hongrie, en Suisse, en Colombie et en Espagne, ont clairement montré que le sel fluoré en concentration de

225-250 ml par kg donne des résultats analogues à ceux de l'eau fluorée à raison d'une partie par million; ces résultats corroborent les conclusions du symposium organisé en Colombie l'année dernière et dont il est question au paragraphe 2.8 du rapport du Directeur général. La fluoration du sel présente l'avantage de convenir aux régions rurales où il n'existe aucune garantie d'un approvisionnement régulier en eau, mais cette formule a également un certain nombre d'inconvénients : estimation des dosages corrects, prise en considération des variations de la consommation dans les différentes régions, ainsi que des variations dans la commercialisation et la distribution.

C'est pourquoi la délégation espagnole propose de modifier comme suit le paragraphe 2 du dispositif du projet de résolution :

2. PRIE l'Organisation mondiale de la Santé de continuer à fournir aux Etats Membres des avis et une assistance technique pour la mise en oeuvre de programmes de fluoration des approvisionnements publics en eau, et également de fournir des informations et des recommandations concernant l'utilisation de sels fluorés utilisés comme véhicules courants pour la prévention de la carie dentaire, et de stimuler la coopération avec et entre les Etats dans cet important secteur de la santé publique.

Le Dr MALONE (Etats-Unis d'Amérique) constate que la carie dentaire est en augmentation dans les pays en développement. L'utilisation de fluor semble aller de soi dans les programmes de prévention de masse, que ce produit soit ajouté à l'eau du réseau public, au sel ou au lait, ou que l'application soit locale. La fluoration de l'eau du réseau d'adduction est la meilleure méthode; la fluoration du sel est moins utile, non seulement parce qu'elle risque d'atteindre moins d'enfants, mais également parce qu'il n'a pas encore été suffisamment démontré qu'elle agit sur l'ensemble du corps. Toutefois, les possibilités de fluoration de l'eau des réseaux de distribution sont limitées, en raison du fait que des millions d'individus ne sont toujours pas approvisionnés en eau sous conduite. En pareil cas, la fluoration du sel est pratiquement la seule méthode de prévention.

Comme le délégué de la Nouvelle-Zélande l'a fait remarquer à la précédente séance, l'opposition au fluor se manifeste aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Aux Etats-Unis, bien que près de 100 millions d'individus utilisent quotidiennement de l'eau fluorée, des groupes militent contre la fluoration. Il est indispensable de convaincre les dirigeants politiques et le public en général de l'intérêt et de la sécurité d'emploi du fluor à titre préventif. Bien qu'il n'y ait aucune preuve que la fluoration ait contribué à entraîner la mort par maladie du coeur ou par cancer, des attaques bien orchestrées sur ces thèmes ont lieu aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada et il convient de les contrer.

La délégation des Etats-Unis est heureuse de figurer parmi les auteurs du projet de résolution.

Le Dr LEPPÖ (Finlande) estime que le rapport du Directeur général contient d'excellentes directives pour la poursuite des efforts visant à améliorer l'hygiène dentaire dans le monde. Les affections bucco-dentaires constituent un problème de santé publique dont on sous-estime souvent l'importance, car elles sont rarement une cause initiale de décès ou de handicap grave. Toutefois, l'expérience des pays industrialisés montre que la carie à elle seule mobilise une part excessive des ressources économiques et des moyens limités en personnel de santé.

Il est peu de domaines de la médecine où l'on dispose de moyens de prévention aussi efficaces. L'utilisation du fluor s'est toujours révélée être un moyen efficace, économique et sûr d'éviter la carie dentaire. Toutefois, le rapport montre que les progrès de la fluoration, envisagée en tant que mesure de prévention, n'ont pas été satisfaisants et il est certain que c'est à cause des attaques menées contre la fluoration de l'eau sur la base d'une mauvaise information. Il est important que l'OMS montre qu'elle prend fermement position sur ce problème. L'étude des différentes solutions doit reposer sur la réalité des faits et les décisions doivent être fondées sur des considérations de sécurité, de rapport coût/efficacité et de faisabilité technique. L'adoption du projet de résolution constituera un pas important dans la bonne voie et la délégation finlandaise votera ce texte.

Le Dr MARTIN (France) souscrit à l'amendement proposé par le délégué de la Belgique. En ce qui concerne le fluor, il importe de préciser que si le manque de fluor pose des problèmes l'excès de fluor en pose d'autres dont la solution est délicate. Le délégué de l'Inde a été particulièrement convaincant et le Dr Martin approuve les amendements qu'il a proposés. Le

coût actuel de la fluoration est excessif et, pour l'instant, inabordable pour la plupart des pays. Il faut espérer que les différents amendements proposés aboutiront à la mise au point d'un texte équilibré.

Le Professeur PACCAGNELLA (Italie) remercie l'OMS de la collaboration qu'elle a apportée à l'exécution d'enquêtes sur la prévalence de la carie dentaire dans certaines régions d'Italie. Une enquête épidémiologique a récemment été effectuée dans la région de Venise sur la teneur en fluor de l'eau de boisson et de l'apport alimentaire, afin de choisir la meilleure tactique de prévention de la carie dentaire.

La délégation italienne ne peut pas accepter un projet de résolution qui prie instamment les Etats Membres d'opter pour un recours généralisé au fluor, car elle est favorable à une politique générale d'hygiène bucco-dentaire dans le cadre d'une planification des services de santé qui s'intéresse aux personnels, à l'enseignement de l'hygiène dentaire, aux habitudes alimentaires, etc. Toutefois, elle peut accepter une version modifiée comme celle qu'ont proposée les délégués de l'Inde et de la Belgique.

Le Dr TULCHINSKY (Israël) se déclare préoccupé par l'opposition persistante que l'on constate à la fluoration de l'eau du réseau de distribution sous une concentration qui permet une action préventive. Il est important que l'Assemblée de la Santé prenne clairement position en faveur de la fluoration. Il reconnaît cependant que la fluoration excessive peut poser des problèmes dans certains réseaux de distribution et que d'autres méthodes peuvent être appliquées.

La délégation israélienne votera le projet de résolution et espère que les amendements n'affaibliront pas l'intention qui l'inspire. Comme on l'a suggéré, il serait opportun de constituer un groupe de travail pour élaborer un texte acceptable.

Le Dr JOYCE (Irlande) rappelle que dans son pays un procès a été intenté contre le Ministère de la Santé lorsque celui-ci a décidé la fluoration de l'eau. Ce procès a été perdu par ceux qui l'intentaient et la fluoration de l'eau est désormais obligatoire en Irlande. Environ 60 % de la population bénéficie de cette méthode et le reste peut recourir à des méthodes de remplacement, notamment aux conseils des hygiénistes dentaires.

Le Professeur SYLLA (Sénégal) est heureux de constater que la fluoration fait partie du programme OMS de prévention de la carie dentaire. L'Institut d'Odonto-stomatologie de Dakar effectue actuellement des recherches sur les effets du fluor sur l'hygiène dentaire. Dans sa forme actuelle, le projet de résolution est exagérément restrictif et il convient par conséquent d'appuyer les amendements proposés par les délégués de la Belgique et de l'Inde. Le problème de l'eau surchargée en fluor, évoqué par le délégué de l'Inde, est également un de ceux qui se posent au Sénégal. Quant à la concentration en fluor de l'eau de boisson, la limite acceptable ne peut être que relative, étant donné que sous certains climats les besoins d'eau peuvent être doublés ou même quadruplés.

Le PRESIDENT propose qu'un groupe de travail composé des auteurs du projet de résolution ainsi que des délégués de la Belgique, de l'Espagne, de l'Inde, de l'Union des Républiques socialistes soviétiques et de tout autre pays intéressé se réunisse après la séance pour élaborer un texte de synthèse.

Il en est ainsi décidé.

Action complète de lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité (rapport de situation) : Point 2.6.13 de l'ordre du jour (résolution WHA29.49; document A31/24)

Le Dr POUSTOVOI (Directeur de la Division des Maladies non transmissibles) dit qu'il faut considérer le rapport du Directeur général (document A31/24) comme un rapport intérimaire sur les progrès réalisés dans la préparation d'un programme mondial OMS de lutte contre les maladies cardio-vasculaires. La phase préparatoire s'achèvera l'année prochaine et la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé sera saisie de propositions concrètes sur les activités à entreprendre à l'échelon des pays, des Régions et du Siège.

L'OMS s'intéresse à des activités qui peuvent être entreprises au niveau de la collectivité. S'agissant des maladies cardio-vasculaires, l'accent est mis sur la prévention. Toute

action devra être engagée dans le cadre des services de santé existants. L'expérience des programmes nationaux a déjà fait la preuve de la faisabilité et de l'efficacité d'une telle approche.

Dans ce domaine, il faut faire table rase d'une bonne part des conceptions traditionnelles. L'expérience a montré qu'en matière de lutte contre les maladies cardio-vasculaires les meilleurs résultats ont été obtenus parce que l'action était menée par des instituts dans le cadre de leurs programmes nationaux. Pour cette raison, on s'efforce actuellement de discuter avec les gouvernements et de recenser les instituts et les experts susceptibles de mener à bien le programme national dans chaque pays intéressé. Les programmes à moyen terme des bureaux régionaux de l'OMS constituent la base du programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires.

Le Dr PISA (Maladies cardio-vasculaires) estime que la formulation du programme OMS de lutte contre les maladies cardio-vasculaires offre pour la première fois dans l'histoire de l'OMS l'occasion de préparer un plan concret d'action pour lutter contre ces maladies à l'échelle planétaire. Il est bien certain qu'en ce domaine la coordination des activités au sein de l'OMS sera renforcée et la communication avec les pays facilitée. Des activités directement liées à la mise en oeuvre de la résolution WHA29.49 ont déjà été lancées dans chacune des Régions de l'OMS.

Dans la Région africaine, un certain nombre de centres et d'experts susceptibles de collaborer au programme ont été recensés. Au début de 1977, la responsabilité de l'équipe interrégionale de lutte contre les maladies cardio-vasculaires installée à Accra a été transférée au Bureau régional de Brazzaville, afin de faciliter la coordination.

Dans les Régions des Amériques, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, on a privilégié les projets relatifs à la lutte contre le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme cardiaque et l'hypertension. Dans certains centres, des progrès ont été réalisés dans la voie d'une action de grande envergure au sein des collectivités contre les maladies cardio-vasculaires.

Dans la Région européenne, un programme à long terme a été lancé en 1968. L'expérience a montré qu'une attaque généralisée avec la participation de toute la collectivité et en utilisant les structures sanitaires existantes donne les meilleurs résultats. Le Comité consultatif de la Recherche médicale pour le Pacifique occidental a créé un groupe spécial des maladies cardio-vasculaires, qui a donné des avis sur le programme régional dans ce domaine. Le Bureau régional organise, en octobre 1978, un cours de trois semaines sur l'épidémiologie et la prévention des maladies cardio-vasculaires à l'intention de ressortissants des Etats Membres. L'action menée dans le Pacifique occidental a d'ores et déjà stimulé la collaboration entre les pays industrialisés et en développement, particulièrement en ce qui concerne la formation des personnels de santé et la création de moyens de laboratoire.

Dans plusieurs régions, on s'attache à explorer le rôle que peut jouer le personnel de santé auxiliaire dans les programmes mis en oeuvre au niveau de la collectivité pour lutter contre le rhumatisme cardiaque et contre l'hypertension.

L'approche planétaire de l'OMS a nettement renforcé sa position vis-à-vis des organisations non gouvernementales. Ainsi, des projets conjoints lancés par l'OMS dans le domaine de la normalisation de la nomenclature et des critères de diagnostic bénéficient d'une aide financière de la Société et Fédération internationale de Cardiologie.

Le programme à moyen terme qui sera présenté en 1979 s'efforcera de tenir compte des besoins présents et futurs des Etats Membres et de contribuer aux efforts faits par les gouvernements pour lutter contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité.

Le Dr ELIAS (Hongrie) dit que les maladies cardio-vasculaires posent un grave problème de santé dans son pays, puisqu'elles sont chaque année à l'origine d'un décès sur deux. Parmi les hommes de 40 à 59 ans, le taux de mortalité a considérablement augmenté et, en 1977, 40 % des individus officiellement déclarés en état d'incapacité étaient des malades cardio-vasculaires. Il est presque impossible d'offrir des soins hospitaliers de haute qualité à un si grand nombre de malades; aussi les soins complets au niveau de la collectivité sont-ils une nécessité. L'Institut national de Cardiologie, qui dès 1967 a participé au programme OMS de lutte contre les maladies cardio-vasculaires, coordonne les activités cardiologiques dans l'ensemble du pays. Il coordonne, assure ou supervise tous les types de prestations, depuis la prévention jusqu'aux opérations chirurgicales les plus délicates. Ces dernières années, des centres ont été créés afin de fournir à la population des services permanents de soins au

niveau de la collectivité, selon des directives fixées par l'Institut. L'OMS a fourni une aide précieuse dans des domaines tels que la prévention primaire et secondaire et la réadaptation des malades cardiaques en général et des malades atteints de cardiopathies ischémiques en particulier.

Sur la base de renseignements recueillis dans le cadre du programme d'enregistrement des infarctus de 1970-1972, tout un secteur de Budapest comptant 500 000 habitants sert actuellement de modèle pour un programme de soins intensifs aux coronariens, qui vise à réduire la mortalité précoce par infarctus aigu du myocarde. Le programme, qui a débuté en 1973, a déjà réussi à réduire de 10 % les décès par infarctus, en partie par suite d'une amélioration des services d'ambulance et d'un meilleur accès aux services de soins intensifs.

En 1975, un programme complet de prévention et de soins continus des maladies cardio-vasculaires, bénéficiant de l'appui de l'OMS, a été lancé dans un arrondissement du même secteur de Budapest. Il s'agit d'élaborer des méthodes applicables à l'ensemble de la zone modèle à partir de 1980. Des études coût/avantages sont en cours.

Il faut souligner que le programme s'inscrit dans le cadre des services de santé qui existent à l'échelon de la collectivité et aux autres échelons. Le contact avec la collectivité est assuré par les organisations sociales et municipales, et toute la population est mobilisée dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires avec l'aide des services sanitaires existants. Les médecins et le personnel de santé sont initiés aux méthodes de prévention, de traitement et de soins continus des maladies cardio-vasculaires. Une action efficace d'éducation sanitaire s'adresse à toutes les couches de la population. On a recours au dépistage antituberculeux obligatoire pour repérer les personnes malades ou vulnérables, ainsi qu'à des mesures de dépistage visant à déceler et soigner les maladies vasculaires hypertensives.

L'action généralisée menée par la Hongrie dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité a été soutenue par l'OMS et il faut espérer qu'elle continuera à l'être. Les autorités sanitaires hongroises sont disposées à apporter leur collaboration à d'autres et elles attendent beaucoup de la documentation sur le programme à moyen terme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires qui sera établie avant la fin de 1978.

Pour le Dr BORGONO DOMINGUEZ (Chili), il est incontestable que les maladies cardio-vasculaires vont poser un problème de plus en plus grave. Au Chili, elles constituent la principale cause de décès et sont à l'origine de quelque 25 % des décès. Le programme poursuivi dans ce domaine suit les orientations fixées par les précédentes Assemblées de la Santé et bénéficie de la collaboration de l'OPS. Il est essentiellement axé sur la prévention secondaire du rhumatisme cardiaque; les mesures de lutte atteignent 90 % des enfants visés. Le problème de l'hypertension est plus vaste, car les malades sont plus difficiles à identifier et la maladie touche une forte proportion de la population, notamment chez les femmes. Le coût des programmes de lutte sera élevé car les malades doivent être suivis longtemps. La participation de la collectivité par le biais de l'éducation, qui favorise le diagnostic précoce, est extrêmement importante comme d'ailleurs la participation de toute l'équipe de santé, étant donné qu'il n'existe pas suffisamment de médecins, même dans les pays développés, pour s'occuper d'un nombre de malades aussi important.

Il est absolument nécessaire de poursuivre les recherches en vue d'offrir le meilleur traitement possible et d'acquérir une connaissance plus approfondie des multiples causes des maladies cardio-vasculaires, ceci afin de pouvoir prendre des mesures de prévention primaire. Le Chili est très reconnaissant de l'aide qu'il reçoit de l'Organisation depuis plusieurs années, tant au niveau national qu'à l'occasion des réunions régionales de l'OPS.

Le Dr KLIVAROVÁ (Tchécoslovaquie) estime que, comme le montre le rapport de situation, on a beaucoup fait au Siège dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, particulièrement en ce qui concerne la coopération avec les bureaux régionaux. Ces activités ont pris une bonne orientation mais il est regrettable qu'aucune liste de projets n'ait été jointe au rapport et qu'aucun calendrier n'ait été fixé pour la mise en oeuvre du programme. La présentation du programme à moyen terme au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé sera attendue avec le plus grand intérêt.

En Tchécoslovaquie, les autorités sanitaires ont élaboré un programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires qui se fonde sur les recommandations de l'OMS dans les domaines de la prophylaxie, du traitement, de la recherche, de l'éducation, etc. On est de ce fait parvenu à des résultats plus rapides et plus efficaces et l'on a pu réduire la mortalité et le nombre des handicapés. La proportion des décès par infarctus du myocarde est tombée de 30-40 % à 20 %

à la suite de mesures de traitement intensif, les décès se produisant essentiellement dans les groupes d'âge les plus élevés. En outre, 70 % des malades peuvent désormais être réhabilités et plus de la moitié d'entre eux reprennent leur précédent emploi. Le délai nécessaire pour obtenir l'assistance d'un médecin ou le transport à l'hôpital a été réduit et le temps d'alitement ramené de 5 ou 6 à 3 semaines.

Le Dr ALDEREGÚIA BRITO (Cuba) signale que les maladies cardio-vasculaires sont désormais la principale cause de mortalité dans son pays et qu'il a été nécessaire d'entreprendre une action de lutte. L'hypertension artérielle, qui constitue le facteur de risque coronarien le plus fréquent, a été constatée chez 15 % des individus de plus de 15 ans. Par conséquent, en février 1974, un projet de lutte contre l'hypertension au sein de la collectivité a été entrepris à Cuba sous les auspices de l'OMS, dans le cadre d'une enquête à laquelle ont participé 19 centres situés à la fois dans des pays industrialisés et des pays en développement. L'OPS a lancé une étude analogue, avec la participation de 11 pays de la Région des Amériques dont Cuba. Une enquête nationale sur l'hypertension artérielle et les cardiopathies ischémiques vient juste de s'achever. En outre, dans le cadre du programme national de lutte, une action de prévention est menée à un triple niveau : en faisant l'éducation sanitaire du public, en développant les activités de diagnostic et de traitement confiées aux services de soins de santé primaires et aux hôpitaux, et en accordant toute l'attention qu'elles méritent aux mesures de réadaptation. Le programme mis en oeuvre prévoit le dépistage de l'hypertension dans la collectivité, la participation des organisations populaires, la spécialisation des fonctions des membres de l'équipe de santé, et des évaluations périodiques. Des résultats concrets ont déjà été obtenus et la démonstration a été faite que le programme était réalisable. Il reste maintenant à prouver qu'il peut efficacement réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies cardio-vasculaires.

La politique de coopération technique du Directeur général est d'une grande importance pour de tels programmes.

Pour M. KISELEV (Union des Républiques socialistes soviétiques), les maladies cardio-vasculaires figurent parmi les affections les plus répandues et elles ne manifestent aucune tendance à la diminution, comme le signale le rapport du Directeur général. En fait, plus les pays se développent et plus la prévalence des maladies cardio-vasculaires augmente; aucune méthode satisfaisante n'a encore été mise au point pour les combattre.

Les mesures proposées en vue d'une action généralisée de lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité constituent une initiative positive qu'il convient de soutenir sans réserve. Il sera sans doute possible de développer la partie scientifique du programme, conformément au souhait de l'Assemblée de la Santé de favoriser la recherche biomédicale.

Le Dr KLISINSKA (Yougoslavie) estime que le programme à long terme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires, établi par l'OMS pour donner suite à la résolution WHA29.49, semble être de grande envergure et reposer sur une analyse des moyens existants et des besoins spécifiques de toutes les régions. Il constitue une approche réaliste et expérimentale qui vise à vérifier une méthodologie avant de mettre au point un programme mondial.

En Yougoslavie, un programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires a été lancé à Novi Sad, ville de 180 000 habitants où sera exécuté un programme pilote avant de passer à une action plus vaste. Le programme pilote repose essentiellement sur la formation permanente du personnel médical et infirmier, l'amélioration des services de santé par des mesures structurelles et l'éducation sanitaire du public. Ce dernier aspect est, en fait, l'élément crucial. En effet, il est important de motiver toute la population pour qu'elle participe activement aux activités de prévention. Tous les groupes y sont associés, notamment les autorités municipales, les organisations socialistes, les associations de femmes, la Croix-Rouge, etc., ainsi que les autorités médico-sanitaires. Au paragraphe 7 du rapport du Directeur général, il est dit fort justement que la prévention primaire déborde largement le cadre de la cardiologie ou de la médecine en général et qu'il ne peut y avoir de promotion de la santé sans des efforts au niveau de la collectivité. Si le programme de l'OMS doit certes être un programme mondial, les mesures prises doivent toujours se fonder sur une analyse de la situation locale.

Le Dr BAČVAROVA (Bulgarie) insiste également sur l'importance des maladies cardio-vasculaires. L'évolution du mode de vie et des habitudes de travail a aggravé le problème et

cause du souci aux administrations sanitaires de nombreux pays. Une couverture sanitaire complète est difficile à réaliser et la mise en place d'un programme largement intégré aux structures médico-sanitaires sans affectation de ressources supplémentaires exige une meilleure connaissance de la maladie à tous ses stades.

Il convient de prêter davantage d'attention aux aspects économiques et structurels de l'incidence des maladies cardio-vasculaires. Le régime alimentaire, la consommation d'alcool et le tabagisme ne doivent jamais être perdus de vue lorsqu'on examine les sujets exposés au risque. Un programme national de lutte contre les maladies cardio-vasculaires, couvrant de nombreux aspects et notamment les facteurs psycho-sociaux, a été adopté en Bulgarie.

La Bulgarie se félicite de la coopération qui s'est établie avec l'OMS et est disposée à développer sa collaboration avec d'autres pays par l'intermédiaire de ses instituts nationaux.

Le PRESIDENT propose que la Commission interrompe le débat sur le point 2.6.13 de l'ordre du jour pour examiner un certain nombre de projets de résolution.

Il en est ainsi décidé.

2. COORDINATION A L'INTERIEUR DU SYSTEME DES NATIONS UNIES : Point 3.13 de l'ordre du jour (suite)

Activités financées au moyen de fonds extrabudgétaires provenant d'organismes du système des Nations Unies : Point 3.13.2 de l'ordre du jour (suite)

Le PRESIDENT appelle l'attention des délégués sur un projet de résolution proposé par le Rapporteur, dont le libellé est le suivant :

La Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la coordination à l'intérieur du système des Nations Unies - activités financées au moyen de fonds extrabudgétaires provenant d'organismes du système des Nations Unies;

Rappelant les termes de la résolution WHA30.34;

1. PREND NOTE du rapport et des mesures prises pour renforcer la coopération avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE), le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP), le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), la Banque mondiale et d'autres organisations;
2. PREND NOTE avec satisfaction du copatronage accordé par le PNUD et la Banque mondiale au Programme spécial OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales;
3. EXPRIME sa gratitude pour la contribution financière soutenue accordée par le PNUD à d'autres programmes spéciaux actuellement réalisés par l'intermédiaire de l'OMS, notamment le programme de lutte contre l'onchocercose, le programme élargi de vaccination et le programme d'approvisionnement en eau de boisson;
4. EXPRIME l'espoir qu'un appui supplémentaire sera reçu pour ces programmes et pour d'autres secteurs prioritaires des activités de coopération technique de l'OMS avec les pays en développement, particulièrement en ce qui concerne les soins de santé primaires, les médicaments essentiels, la lutte contre les maladies transmissibles, et les activités ayant des incidences intersectorielles;
5. PRIE le Directeur général de poursuivre ses efforts visant à améliorer la coordination entre l'OMS, le PNUD et les autres organisations et organismes engagés dans la coopération technique, en particulier au niveau des pays et au niveau régional;
6. EXPRIME sa gratitude pour la collaboration soutenue fournie par le FISE dans les secteurs prioritaires de la santé;
7. INVITE instamment les Etats Membres à poursuivre leurs efforts, séparément et conjointement, pour traduire en mesures pratiques dans le domaine de la santé les concepts de la coopération technique entre pays en développement, en vue de renforcer l'autoresponsabilité nationale et collective;
8. PRIE le Directeur général d'examiner les décisions qui seront prises à la Conférence des Nations Unies sur la Coopération technique entre pays en développement qui se tiendra prochainement et de les signaler à l'attention des Etats Membres lors des discussions techniques sur "la coopération technique dans le domaine de la santé entre pays en développement" qui auront lieu à la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

Il appelle également l'attention sur un amendement à ce projet de résolution proposé par la délégation de l'URSS et visant à réunir les paragraphes 2 et 3 du dispositif et à adopter pour le nouveau paragraphe 2 du dispositif le libellé suivant :

"2. PREND NOTE avec satisfaction de la contribution accordée par les institutions précitées du système des Nations Unies et par d'autres organisations pour fournir un appui aux programmes et activités spécifiques de l'OMS."

Les paragraphes suivants du dispositif seraient renumérotés en conséquence.

Le Dr KILGOUR (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) appuie le projet de résolution proposé par le Rapporteur, mais il n'est pas tout à fait satisfait de l'amendement proposé par l'URSS qui omet la référence au patronage accordé par le PNUD et la Banque mondiale au Programme spécial OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, et qui ne fait pas état de la gratitude de l'Assemblée pour la contribution financière du PNUD à d'autres programmes spéciaux. Sa délégation attache une importance particulière au Programme spécial concernant les maladies tropicales et le présent projet de résolution ne s'écarte pas du précédent puisque la situation a été reconnue dans la résolution WHA30.42.

Le Dr Kilgour propose donc une solution de compromis. Le texte du paragraphe 2 du dispositif du projet de résolution serait maintenu tel qu'il est, mais on y ajouterait ce qui suit : "et de la contribution de ces institutions et d'autres institutions du système des Nations Unies ainsi que d'autres organisations pour fournir un appui aux programmes et activités spécifiques de l'OMS". Le paragraphe 3 du dispositif serait alors supprimé.

M. SOKOLOV (Union des Républiques socialistes soviétiques) précise que sa délégation n'a pas d'objection générale à formuler contre le projet de résolution, mais uniquement contre les paragraphes 2 et 3 du dispositif. Puisque la résolution concerne les activités financées au moyen de fonds extrabudgétaires, il serait anormal de remercier en particulier une organisation ou une institution alors que toutes ont droit à cette gratitude. M. Sokolov sait fort bien qu'une résolution spéciale a été adoptée l'année précédente au sujet du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, et qu'on y a inclus des remerciements s'adressant à des organisations particulières, mais cela ne s'applique pas au présent projet de résolution qui concerne toutes les activités coopératives.

Il propose, comme compromis, que l'on adopte le texte du paragraphe 2 du dispositif proposé par sa délégation, mais en y ajoutant les mots suivants : "en particulier, au Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, au Programme de lutte contre l'onchocercose, au Programme élargi de vaccination, et au Programme d'approvisionnement en eau de boisson". Toutefois, il ne convient pas d'indiquer quelle institution exécute tel ou tel programme particulier.

Le Dr KILGOUR (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) apprécie la compréhension dont fait preuve le délégué de l'URSS; cependant, cette proposition ne lui paraît pas acceptable. Il se demande si, pour ne pas faire perdre de temps à la Commission, la délégation de l'URSS et la sienne ne pourraient pas se consulter au sujet d'un libellé.

Le PRESIDENT propose que les délégués du Royaume-Uni et de l'URSS, après s'être consultés, présentent à la Commission un texte acceptable possible soit le même jour, soit le lendemain matin.

Il en est ainsi décidé.

Assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et aux Etats en voie d'y accéder en Afrique : Point 3.13.3 de l'ordre du jour (suite)

Le PRESIDENT rappelle qu'un groupe de travail a été constitué à la neuvième séance pour examiner les différents projets de résolution dont la Commission est saisie à ce sujet, en vue de leur éventuelle fusion en un texte unique, tenant compte des observations faites au cours du débat.

M. NATARAJAN (Inde), prenant la parole en qualité de Président du groupe de travail, signale qu'avec la précieuse participation du délégué de l'URSS, du Directeur régional pour l'Afrique et du Secrétaire de la Commission, le groupe a consacré beaucoup de temps et d'efforts

à l'étude du projet de résolution proposé dans le rapport du Directeur général et des trois projets de résolution proposés par diverses délégations.

Le groupe de travail a estimé que le projet de résolution visant le programme spécial d'assistance sanitaire au Lesotho devait être retenu comme projet de résolution particulier, sans changement de substance, mais avec un certain nombre de légères modifications de forme. Le texte de ce projet de résolution serait libellé comme suit :

La Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution 402 du Conseil de Sécurité, en date du 22 décembre 1976, concernant la grave situation créée par la fermeture de certains postes frontières, sur décision de l'Afrique du Sud, entre le Lesotho et l'Afrique du Sud en vue de forcer le Lesotho à reconnaître le bantoustan du Transkei;

Consciente de ce que la décision du Gouvernement du Lesotho de ne pas reconnaître le bantoustan du Transkei a été prise en conformité de la résolution 31/6(A) de l'Assemblée générale des Nations Unies, en date du 26 octobre 1976;

Reconnaissant que les événements qui se sont produits ont imposé des charges économiques et sociales spéciales au Lesotho et que la situation sanitaire du peuple du Lesotho, en particulier dans la région sud-orientale, va en empirant,

1. EXPRIME sa profonde préoccupation au sujet des problèmes sanitaires et autres auxquels doit faire face le Lesotho;
2. PREND ACTE avec satisfaction des mesures prises par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour l'envoi au Lesotho de missions chargées d'examiner la situation sanitaire, et par le Conseil économique et social pour réclamer un programme international efficace d'assistance au Lesotho;
3. PREND ACTE également de la demande adressée à l'OMS et aux autres institutions spécialisées du système des Nations Unies par le Conseil économique et social dans sa résolution 2096 (LXIII) et par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 32/98, tendant à maintenir et accroître leurs programmes actuels et futurs d'assistance au Lesotho pour lui permettre de mener à bien, sans interruption, les projets de développement qu'il a prévus;
4. PRIE les Etats Membres de l'OMS de répondre aux appels du Conseil de Sécurité et du Conseil économique et social demandant de fournir une assistance généreuse au Lesotho;
5. PRIE le Directeur général, en collaboration avec toutes les autres organisations et institutions intéressées du système des Nations Unies, de fournir toute l'assistance nécessaire au Lesotho, particulièrement en vue d'assurer des soins et services de santé à la population touchée.

Pour ce qui est des autres projets de résolution, relatifs à la lutte de libération en Afrique australe, le groupe a formulé un certain nombre d'utiles suggestions, d'où est sorti un texte unique, reflétant le consensus. M. Natarajan espère que la Commission examinera le projet de résolution dans l'esprit où il a été rédigé par le groupe de travail et qu'elle l'approuvera en plein consensus. Le projet de résolution est ainsi libellé :

La Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et aux Etats en voie d'y accéder en Afrique, présenté conformément à la résolution WHA30.24;

Considérant les actes d'agression commis contre la République populaire du Mozambique et la République populaire d'Angola et le bombardement de leurs populations civiles par le régime illégal en Rhodésie du Sud et le régime raciste d'Afrique du Sud ainsi que les agressions armées et les provocations contre la souveraineté des Républiques de Botswana et de Zambie;

Considérant aussi que les populations non blanches d'Afrique du Sud se voient dénier les services médicaux nécessaires et que les prisonniers politiques de ce pays sont soumis à de mauvais traitements;

Considérant en outre que ces actes d'agression et l'insuffisance des services médicaux contribuent à la détérioration de l'état de santé de la population d'Afrique australe;

Rappelant les résolutions 411 (1977) et 428 (1978) du Conseil de Sécurité des Nations Unies;

Tenant compte des mesures demandées dans la résolution WHA29.23;

Rappelant les termes de la résolution WHA30.24;

1. EXPRIME à nouveau sa satisfaction des efforts concertés déployés par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, le Programme des Nations Unies pour le Développement,

le Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les secours en cas de catastrophes, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Comité international de la Croix-Rouge, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et l'OMS pour entreprendre une coopération technique avec les Etats en cause;

2. EXPRIME sa satisfaction des efforts concertés déployés par le Directeur général de l'OMS, le HCR, le PNUD, le FISE, le CICR et d'autres organisations associées pour coopérer avec les mouvements de libération reconnus par l'Organisation de l'Unité africaine;

3. PRIE le Directeur général :

1) de poursuivre et d'intensifier la coopération sanitaire avec les Etats ayant récemment accédé à l'indépendance et avec les Etats en voie d'y accéder en Afrique, et singulièrement avec les pays victimes des agressions répétées du régime raciste d'Afrique du Sud et du régime illégal de la Rhodésie du Sud;

2) d'apporter, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies, ses institutions spécialisées et d'autres organismes, tout l'appui nécessaire aux Mouvements nationaux de Libération reconnus par l'Organisation de l'Unité africaine, y compris une coopération technique dans leurs activités pour l'accession à la souveraineté nationale, ainsi qu'un soutien pour la lutte contre les maladies transmissibles et l'obtention des fournitures médicales nécessaires au traitement des populations en cause;

3) de faire en sorte que cette coopération technique soit fournie de la manière la plus diligente et la plus souple par des procédures simplifiées;

4) de faire rapport à la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'exécution de la présente résolution;

4. INVITE le Directeur général à faire tout ce qui est en son pouvoir pour obtenir des appuis gouvernementaux et non gouvernementaux pour ce programme d'action;

5. LANCE UN APPEL à tous les Etats Membres pour qu'ils versent des contributions volontaires à ce programme.

M. HESSEL (France) dit que le groupe de travail a cherché à rédiger un texte qui puisse être adopté par consensus. Cependant, il ne croit pas que les mots "y compris une coopération technique dans leurs activités pour l'accession à la souveraineté nationale" qui figurent dans le paragraphe 3 2) du dispositif répondent entièrement aux intentions des auteurs. Il propose donc de les remplacer par les termes suivants : "y compris une coopération technique pour les préparer à assumer leurs pleines responsabilités dans le domaine sanitaire". Cette modification éviterait une ambiguïté et permettrait d'adopter le texte par consensus, tandis que le libellé actuel risque d'être interprété comme un appel à une action très éloignée du rôle de l'OMS. M. Hessel prie les membres du groupe d'accepter sa proposition, laquelle n'enlève rien à l'intention d'apporter tout le concours possible aux mouvements de libération d'Afrique australe.

M. NATARAJAN (Inde) répond qu'il n'a personnellement aucune objection à formuler concernant l'amendement du délégué de la France, il ne peut toutefois prendre position pour les autres membres du groupe de travail.

Le Dr MOCUMBI (Mozambique) pense que les mouvements de libération ont déjà assumé leurs pleines responsabilités en engageant le combat. Le projet de résolution vise à obtenir une coopération technique pour leurs activités actuelles. Pour ce qui est du Mozambique, il n'a bénéficié de la coopération de l'OMS qu'après avoir acquis son indépendance. En participant comme coauteur à la rédaction de ce projet de résolution, la délégation du Mozambique a voulu que d'autres pays du Continent africain puissent bénéficier immédiatement de la coopération technique de l'Organisation. C'est pourquoi le Dr Mocumbi éprouve une certaine réticence à accepter l'amendement de la France, qui supprime ce qu'il estime être l'essentiel de ce projet de résolution.

Le Dr RWASINE (Rwanda), estimant que la phrase originale du projet de résolution peut prêter à confusion, déclare que l'amendement de la délégation française, qui semble répondre aux intentions de tous, paraît acceptable aux yeux de sa délégation, en tant que membre du groupe de travail.

Le Dr FERNANDES (Angola) pense qu'il s'agit uniquement d'une question de rédaction.

Comme suite à une proposition de M. NATARAJAN (Inde), le PRESIDENT propose d'ajourner l'examen du projet de résolution sur la lutte de libération de l'Afrique australe, pour permettre des consultations.

Il en est ainsi décidé.

Le PRESIDENT invite alors la Commission à examiner le projet de résolution révisé relatif au programme spécial de coopération technique au Lesotho.

Décision : Le projet de résolution est approuvé.

3. EXAMEN DE QUESTIONS TECHNIQUES PARTICULIERES : Point 2.6 de l'ordre du jour (reprise de la discussion)

Action complète de lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité (rapport de situation) : Point 2.6.13 de l'ordre du jour (résolution WHA29.49; document A31/24) (reprise de la discussion)

Pour le Dr MALONE (Etats-Unis d'Amérique), le Secrétariat a eu parfaitement raison d'insister sur la prévention des maladies cardio-vasculaires et sur la généralisation de la prévention dans le cadre des soins de santé primaires et d'une protection sanitaire à peu de frais. Bien que le programme n'en soit qu'à ses débuts, les nombreuses activités et réunions organisées par l'OMS depuis juin 1976 ont de toute évidence permis de recueillir les avis d'experts nécessaires à l'élaboration d'un programme à longue échéance. La participation d'experts des maladies cardio-vasculaires originaires des pays développés comme des pays en voie de développement et leur collaboration incessante tout au long des travaux semblent être des éléments indispensables au succès. Les travaux semblent bien engagés et il faut maintenant attendre les rapports de situation qui en diront plus long là dessus.

Pour le Dr GEKONYO (Kenya), il est faux de croire que le problème des maladies cardio-vasculaires n'est pas d'une importance majeure dans les pays où le niveau de développement est analogue à celui du Kenya. C'était peut-être vrai il y a plusieurs années, mais il semble que la situation évolue rapidement. Ce n'est pas tant l'incidence des maladies cardio-vasculaires qui augmente que l'aptitude à les diagnostiquer.

Le rhumatisme cardiaque est une affection courante au Kenya ainsi que différents types de myocardopathies. La fibro-élastose endocardique est observée dans certaines régions du Kenya et, récemment, des cas de péricardite constrictive ont suscité l'intérêt des cliniciens et des chercheurs. Au Kenyatta National Referral and Teaching Hospital de Nairobi, les maladies du coeur représentent 10 % des affections vues par les consultants et un pourcentage notable des malades admis souffrent d'hypertension. Néanmoins, on ne sait pas vraiment quelle est la situation en matière de maladies cardio-vasculaires. Au cours d'enquêtes effectuées ces dix dernières années, on a observé des cas de cardiomégalie et de dilatation de la crosse aortique dont la signification n'a pas été expliquée. Envoyer des cardiaques dans les services de traitement et de chirurgie de pays étrangers est prohibitif. Les autorités kenyanes commencent à prendre conscience de l'importance en santé publique des maladies cardio-vasculaires; elles renforcent actuellement le service des maladies cardio-vasculaires de Nairobi et forment davantage de personnel spécialisé dans ce domaine afin de déterminer l'importance réelle de ces affections et d'élaborer des méthodes de prévention et de traitement. Ces activités s'inscrivent dans un ensemble de mesures récemment adoptées pour renforcer la recherche en vue du développement national, notamment dans le secteur de la santé.

La délégation du Kenya exprime sa reconnaissance pour la compréhension que manifeste le rapport du Directeur général et réaffirme que son pays est prêt à collaborer avec l'OMS dans les efforts faits aux niveaux mondial, régional et national pour lutter contre les maladies cardio-vasculaires.

Le Professeur PHILLIPS (Ghana) approuve les objectifs mentionnés dans le rapport du Directeur général et indique que, dans son pays, l'incidence des cardiopathies ischémiques est malheureusement en augmentation. Toutefois, elle reste encore faible et le moment est donc opportun pour s'attaquer énergiquement à ce problème. Afin de préparer un programme visant à promouvoir les recherches sur la prévention, l'étiologie et le diagnostic précoce des cardiopathies ischémiques, conformément à l'objectif qu'il s'est fixé, le Ghana souhaiterait étudier

un échantillon de population exempt de cette maladie, alors que l'incidence de celle-ci est encore relativement faible. Une telle étude pourrait d'ailleurs présenter de l'intérêt pour d'autres Etats Membres dans la mesure où elle fournirait de précieuses données de base.

Une équipe cardio-vasculaire de l'OMS est déjà installée au Ghana. Elle y fait un excellent travail sur l'épidémiologie des maladies cardio-vasculaires et il faut espérer que ce travail sera poursuivi. Les études sur l'hypertension ont été intensifiées depuis que les premiers résultats d'une récente enquête épidémiologique ont fait apparaître une incidence assez élevée. Le Ghana entend poursuivre énergiquement ses études avec l'aide bienvenue de l'OMS.

Le Dr BAHRAWI (Indonésie) dit que son pays ne possède pas encore de statistiques sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires, car on ne les a pas considérées comme un problème de santé publique grave. Les résultats de différentes études hospitalières indiquent que ces affections sont désormais assez courantes et des signes précis incitent à penser qu'elles constitueront à l'avenir un problème national.

Des données hospitalières montrent que 3,5 à 3,8 % des malades hospitalisés souffrent de maladies cardio-vasculaires. Parmi celles-ci, les cardiopathies coronariennes représentent 27 à 58 % des cas et sont à l'origine de quelque 50 000 décès par an; l'hypertension, 12,5 à 20,4 % des cas (environ 20 % de décès); le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme cardiaque 9 à 26,9 % des cas (15-17 % de décès); le coeur pulmonaire 1,6 à 23,1 % des cas (40 % de décès); et les cardiopathies congénitales 1,1 à 9,7 % des cas. Il est prévu d'entreprendre une étude prospective afin de mesurer l'incidence des maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité. On envisage également de procéder à des recherches opérationnelles pour élaborer d'autres mesures de lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité. La collaboration de l'OMS à ces études serait très appréciée.

De l'avis du Professeur ORHA (Roumanie), le programme OMS dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, tel qu'il est exposé dans le rapport du Directeur général, semble évoluer de façon satisfaisante dans le sens de la résolution WHA29.49 et du sixième programme général de travail.

Dans tous les pays où l'on dispose de statistiques de mortalité fiables, les maladies cardio-vasculaires figurent parmi les principales causes de décès. Comme l'indique l'Annuaire de statistiques sanitaires mondiales de l'OMS (Vol. I, 1977, tableau 6), les taux de mortalité des maladies de l'appareil circulatoire dépassent de beaucoup, dans de nombreux pays en développement, les taux de mortalité des maladies infectieuses et parasitaires. Actuellement, les maladies cardio-vasculaires ne sont considérées comme un problème de santé publique que dans les pays développés mais, avec l'amélioration des conditions d'hygiène et de vie, elles poseront un jour le même problème dans les pays en développement. On commence à prendre conscience de cette tendance et il convient de lui accorder l'attention qu'elle mérite. L'action menée dans de nombreux pays au cours des dernières décennies a permis à ces pays de se doter des compétences et des données scientifiques nécessaires pour lutter plus efficacement et plus largement contre les maladies cardio-vasculaires. Le moment est venu d'appliquer systématiquement ces connaissances. Il convient, dans les pays en développement, de prendre des mesures efficaces de prévention et de lutte en temps voulu, afin que, lorsqu'ils parviendront à un niveau plus élevé de développement, ils ne se heurtent pas aux problèmes que connaît actuellement le monde industrialisé. S'il y a intérêt à poursuivre les recherches sur les maladies cardio-vasculaires, il convient de mettre l'accent sur l'application minutieuse des connaissances déjà acquises.

L'OMS doit intensifier ses activités visant à prévenir et maîtriser les maladies cardio-vasculaires, particulièrement dans les pays en développement. Les programmes de prévention seront probablement plus efficaces dans les pays où ces maladies commencent seulement à prendre de l'importance, mais ce problème doit être abordé à la fois aux niveaux international et régional. Il faut insister sur la participation de la collectivité à cette lutte contre les maladies cardio-vasculaires. L'OMS aura un rôle important à jouer dans les recherches collectives et les évaluations d'experts qui seront nécessaires pour orienter le choix des gouvernements appelés à se prononcer entre différentes options.

La tendance à l'intégration des programmes de lutte dans les services généraux de santé est une excellente formule qui convient particulièrement bien aux pays en développement. La proposition visant à élaborer une stratégie planétaire reposant sur un réseau de centres collaborateurs est excellente elle aussi. Un centre collaborateur de ce genre, voué à la recherche et à la formation à la lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité, fonctionne actuellement en Roumanie sous les auspices de l'OMS. Au reste, la Roumanie désire collaborer, par l'intermédiaire de l'OMS ou sur une base bilatérale ou multilatérale, avec les centres des autres pays. La délégation roumaine appuie fermement la proposition contenue dans le rapport du Directeur général.

Il faut espérer que les crédits affectés au programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires se situeront à un niveau correspondant à l'importance de ce problème en santé publique. La Roumanie est déçue de la modicité relative des sommes qui sont affectées au Siège et aux Régions dans le projet de budget programme pour 1980-1981. L'Organisation devrait prendre les mesures nécessaires pour que le programme soit mis en forme définitive et exécuté.

Le Professeur SPIES (République démocratique allemande) déclare que, dans son pays, les objectifs énoncés dans la résolution WHA29.49 ont été atteints depuis un certain nombre d'années. Les recherches expérimentales, cliniques et épidémiologiques amènent à mieux comprendre les causes et les mécanismes pathogènes des maladies cardio-vasculaires chroniques, ce qui doit permettre de trouver de nouveaux moyens de prévention et de traitement. Les résultats des recherches ont été rapidement appliqués par les services de santé et la qualité et l'efficacité des soins médicaux ont été améliorées.

Dans les années cinquante, la prévention systématique du rhumatisme dans la RDA a rejeté à l'arrière-plan les maladies cardiaques d'origine infectieuse. La lutte contre les troubles cardio-vasculaires est concentrée désormais sur les cardiopathies ischémiques, l'hypertension et l'artériosclérose périphérique. Grâce à une stratégie conjointe de recherche et de lutte, les mesures nécessaires ont été coordonnées et stimulées dans le cadre d'un plan central. Toutefois, pour que ce plan réussisse, il est indispensable de former systématiquement à cette tâche les médecins et le personnel sanitaire en général. Un réseau de cardiologues de canton et d'arrondissement a été mis en place pour superviser les soins spécialisés. En effet, la fréquence de ces maladies est telle qu'une solution ne peut être trouvée qu'en étroite collaboration avec les spécialistes de médecine générale et de médecine interne des zones résidentielles et des usines. Cette action a été appuyée par les programmes de lutte contre l'infarctus du myocarde et l'hypertension, qui constituent la base d'une action intensive contre les maladies cardio-vasculaires chroniques. Ces programmes comportent des mesures concrètes à appliquer dans les services de santé des différentes régions du pays. Ils permettent de coordonner de façon rationnelle et efficace l'action entre les différentes sphères de la société et entre les secteurs du système de santé socialiste, depuis les soins intensifs et d'urgence jusqu'aux soins de réadaptation dans les stations thermales et les établissements de cure.

Ces programmes ont été mis à l'épreuve sous différentes formes depuis 1973; on a poursuivi leur mise au point et recommandé leur mise en oeuvre progressive à l'échelle nationale. Le programme de lutte contre l'infarctus du myocarde est appliqué maintenant sur la plus grande partie du territoire national.

Le Professeur CHRUSCIEL (Pologne) dit que les maladies cardio-vasculaires demeurent l'un des problèmes médico-sociaux les plus préoccupants du monde, notamment dans les pays développés. Le programme OMS entrepris dans ce domaine est l'exemple remarquable d'une coopération internationale intensive qui fait appel, en même temps, à des programmes internationaux et à des projets à l'échelon national. Les vues exprimées dans le rapport de situation du Directeur général sont tout à fait justes, particulièrement en ce qui concerne la séparation, intervenue très tôt, des soins aux malades cardio-vasculaires et des autres soins de santé et la création de services spécialisés de haute technicité pour lutter contre les maladies cardio-vasculaires. En tant que pharmacologiste qui reconnaît l'intérêt de la pharmacothérapie, le Professeur Chrusciel voudrait que l'on insiste davantage sur le traitement dans le programme global.

Etant donné que les maladies cardio-vasculaires ont pris une extension si considérable dans les pays industrialisés, elles ne peuvent plus être du seul ressort des services spécialisés; il faut intégrer les soins dans les soins de santé primaires. Reste à déterminer comment préparer les agents de santé à leurs nouvelles responsabilités et comment coordonner les deux niveaux des soins.

Aucun programme de santé ne peut être appliqué efficacement si l'on ne dispose pas des données préliminaires et des renseignements quantitatifs nécessaires à une évaluation permanente. Se fondant sur des données démographiques et épidémiologiques, le Gouvernement polonais a décidé de placer la lutte contre les maladies cardio-vasculaires au tout premier rang de ses priorités sanitaires. Au cours des quinze dernières années, le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires a augmenté de 50 % et la différence de taux de mortalité entre les villes et les campagnes a presque disparu.

Une profonde évolution a été observée dans la demande de soins relatifs aux maladies cardio-vasculaires. Entre le début des années cinquante et les années soixante-dix, le nombre des maladies cardio-vasculaires nécessitant une hospitalisation a quintuplé en Pologne, ce qui représente une augmentation plus importante que pour n'importe quel autre groupe de maladies;

la progression a été particulièrement rapide chez les hommes du groupe d'âge de 30 à 58 ans. Les autorités intensifient donc leurs efforts et un programme à long terme de lutte généralisée contre les maladies cardio-vasculaires a été établi en accord avec les orientations préconisées par l'OMS. Doté d'une structure à trois étages, il met essentiellement l'accent sur le renforcement des soins de santé primaires et sur la lutte généralisée, en se préoccupant tout particulièrement de la prévention au niveau de la collectivité - secteur où l'intérêt d'une alimentation appropriée, les bienfaits de l'exercice physique et la suppression du tabac sont des éléments importants du programme d'éducation sanitaire. A l'échelon provincial, il s'agit essentiellement de fournir des services spécialisés. Le rôle de l'échelon régional est de coordonner toutes les activités aux niveaux inférieurs. En 1976, on a lancé un programme de recherche sur la prévention, l'étiologie, le diagnostic précoce, le traitement et la réadaptation.

Le Dr WANG Lien-Sheng (Chine) approuve le rapport de situation du Directeur général sur la lutte contre les maladies cardio-vasculaires, maladies qui commencent à poser dans les pays en développement un problème aussi grave que dans les pays développés. Les maladies cardio-vasculaires et le cancer sont les deux principales causes de décès en Chine. Aussi a-t-on entrepris des recherches sur leur prévention et leur traitement. Une enquête sur l'hypertension, l'accident vasculaire cérébral et les cardiopathies coronariennes a révélé que tant dans les usines qu'en milieu rural l'incidence de l'hypertension n'est nullement négligeable; ainsi, sur 10 810 membres de communes de plus de 15 ans, la proportion des hypertendus est de 7,22 % et, sur 10 450 ouvriers d'usine, elle est de 11,17 %. Sur la base de données épidémiologiques, une approche globaliste a été adoptée. Sans parler de l'éducation sanitaire du public, on s'efforce de répartir rationnellement le travail et, en matière de traitement des maladies cardio-vasculaires, on a recours à une synthèse des médecines chinoise et occidentale. La Chine désire vivement apprendre auprès des autres pays de nouvelles méthodes permettant de faire baisser les taux de mortalité et de morbidité par maladies cardio-vasculaires et elle souhaite soutenir activement le programme de l'OMS.

Le Dr LEPPÖ (Finlande) déclare que, dans son pays, les maladies cardio-vasculaires constituent un problème de santé publique absolument prioritaire : leur incidence est en effet la plus élevée d'Europe. Elles sont à l'origine de plus de la moitié des décès, et le nombre des malades cardio-vasculaires a plus que doublé en 15 ans, représentant 25 % de la totalité des jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux; en fait, elles ont entièrement absorbé l'augmentation de la capacité hospitalière du pays.

La Finlande se rend parfaitement compte que le problème ne sera pas résolu par une technologie coûteuse qui n'est que palliative et que la prévention est le seul moyen de vraiment réduire l'importance du problème. Aussi un vaste programme de lutte au niveau de la collectivité a-t-il été lancé en 1972, avec l'aide très appréciée de l'OMS. Les résultats préliminaires laissent bien augurer de l'issue de l'entreprise et une évaluation définitive est en cours. Compte tenu de l'expérience acquise, l'action menée contre l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux a été intensifiée dans le cadre des soins de santé primaires. Compte tenu de ce qui a été réalisé en Finlande en matière de lutte contre les maladies cardio-vasculaires au niveau de la collectivité, la délégation finlandaise se félicite de l'orientation du programme de l'OMS et approuve pleinement que l'on mette l'accent sur les programmes de lutte au niveau de la collectivité et que l'on privilégie les pays en développement.

L'OMS recommande d'axer essentiellement le programme sur les zones et les pays où les maladies cardio-vasculaires ne posent pas encore de problème de santé publique d'importance majeure. Cette recommandation est très importante, car si les habitudes en matière de consommation alimentaire et de consommation de tabac ne sont pas modifiées, le problème des maladies cardiaques se posera lorsqu'il sera déjà trop tard pour prendre des mesures correctives efficaces.

Il serait très utile que l'OMS se livre à une évaluation des techniques de lutte contre les maladies cardio-vasculaires, et notamment à une évaluation critique des différentes possibilités de traitement et de schéma clinique. Il serait utile également que l'on crée un comité d'experts chargé d'étudier les rapports entre le régime alimentaire et les maladies cardio-vasculaires et de formuler des recommandations dans ce domaine et cela en s'intéressant particulièrement au rôle des graisses saturées dans les cardiopathies ischémiques et à la possibilité de réduire l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux par une diminution de l'apport en sel.

Le Dr KAPRIO (Directeur régional pour l'Europe) rappelle que le programme OMS de lutte contre les maladies cardio-vasculaires dans la Région européenne a été lancé en 1968 sous la forme de deux programmes quinquennaux, celui de 1968 à 1972 et celui de 1973 à 1977. A l'issue d'un processus d'évaluation et de modification permanente, il va maintenant être élargi et s'intégrer dans un programme mondial à moyen terme pour 1978-1983. Un grand nombre de rapports ont été établis et l'accent est désormais essentiellement mis sur l'action au niveau de la collectivité.

Les cardiopathies ischémiques ont constitué la préoccupation la plus immédiate. En étroite collaboration avec les autorités nationales, le programme s'est ensuite élargi et sa deuxième phase comprenait une action dirigée non seulement contre les cardiopathies ischémiques mais également contre l'hypertension artérielle, les maladies cérébro-vasculaires, le rhumatisme cardiaque et les cardiopathies congénitales.

Au troisième stade du programme, on se préoccupera davantage des liens environnementaux, génétiques et psycho-sociaux entre les maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies chroniques telles que les maladies pulmonaires et le diabète. On étudie maintenant l'importance du tabac, de la consommation d'alcool et de l'activité physique dans les maladies cardio-vasculaires et chroniques en général.

Ces derniers temps, en collaboration avec le Siège, on a procédé à une analyse des possibilités de recherche que l'Europe pourrait offrir. Les propositions faites seront intégrées en temps utile et constitueront la contribution de l'Europe au programme mondial de l'OMS de lutte contre les maladies cardio-vasculaires.

Le programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires a beaucoup aidé les pays à orienter les soins dans les hôpitaux et les centres de cardiologie clinique dans la voie de la prévention et du traitement précoce. Les services de soins de santé primaires et les omnipraticiens sont aujourd'hui associés à cette entreprise. Les services de réadaptation des malades cardio-vasculaires ont été renforcés et l'on considère actuellement qu'après rétablissement et réadaptation, celui qui a été frappé d'une crise cardiaque est redevenu un sujet normal et est apte à reprendre son travail. Les perspectives sont donc plus prometteuses qu'elles ne semblaient l'être dans le passé.

Le Dr PISA (Maladies cardio-vasculaires) estime que les observations formulées au cours du débat viennent à point nommé et qu'il sera possible d'en tenir compte dans le programme à moyen terme qui sera présenté en 1979; si un gouvernement ou une institution désire faire d'autres propositions, il pourra les transmettre par l'intermédiaire des bureaux régionaux. Il s'agit essentiellement de faire la part égale entre la recherche biomédicale et le traitement médical. Cet aspect du problème - et notamment l'aspect prévention - sera abordé au cours des discussions - déjà entreprises - avec d'autres organisations. L'OMS collabore avec les comités consultatifs de la recherche médicale au Siège et dans les Régions. La création d'un comité d'experts chargé d'étudier les rapports entre le régime alimentaire et les maladies cardio-vasculaires, suggérée par le délégué de la Finlande, est déjà prévue dans les documents préparatoires du programme de 1980-1981.

L'idée maîtresse du programme de l'OMS dans les années à venir sera de traiter les maladies cardio-vasculaires de façon globale au niveau de la collectivité. Le Secrétariat est parfaitement conscient du fait que le combat contre les maladies cardio-vasculaires est non seulement l'affaire du personnel de santé, mais également des hommes politiques et de l'ensemble de la collectivité, et que la réussite ne sera possible que grâce à des efforts concertés.

Décision : La Commission prend acte du rapport de situation du Directeur général.

La séance est levée à 18 h.50.

* * *