



TRENTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

COMMISSION A

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA NEUVIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève
Mercredi 11 mai 1983, 9 heures

PRESIDENT : Dr J. M. SOTELO (Pérou)



Sommaire

	<u>Pages</u>
Projet de budget programme pour la période financière 1984-1985 (suite)	
Questions de politique programmatique (suite)	
Science et technologie de la santé - Promotion de la santé (suite)	2
Science et technologie de la santé - Lutte contre la maladie	9

Note

Le présent procès-verbal n'est qu'un document provisoire. Les comptes rendus des interventions n'ont pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci, et le texte ne doit pas en être cité.

Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent jusqu'à la fin de l'Assemblée, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences qui assiste aux séances, soit être envoyées au service des Comptes rendus (bureau 4013, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, cela avant le 1^{er} juillet 1983.

Le texte définitif sera publié ultérieurement dans : Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé : Procès-verbaux des commissions (document WHA36/1983/REC/3).

NEUVIEME SEANCE

Mercredi 11 mai, 9 heures

Président : Dr J. M. SOTELO (Pérou)

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR LA PERIODE FINANCIERE 1984-1985 : Point 20 de l'ordre du jour (documents PB/84-85 et EB71/1983/REC/1, Partie I, résolution EB71.R3 et annexe 1, et Partie II) (suite)

Questions de politique programmatique : Point 20.2 de l'ordre du jour (résolutions WHA33.17, paragraphe 4.1), WHA33.24, paragraphe 3 et WHA35.25, paragraphe 5.3); documents EB71/1983/REC/1, Partie II, Chapitre II; A36/5, A36/6, A36/INF.DOC./2, A36/INF.DOC./5) (suite)

Science et technologie de la santé - Promotion de la santé (section 3 de la résolution portant ouverture de crédits; documents PB/84-85, pages 119-218 et EB71/1983/REC/1, Partie II, Chapitre II) (suite)

Le Dr ARIF (Division de la Santé mentale), répondant à divers commentaires formulés au cours du débat, commence par remercier les délégués de leur soutien et de leur avis au sujet du programme 10.2 (Mesures de prévention et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues).

L'analyse de l'évolution de la fréquence et de la gravité du problème de l'abus des drogues et de la pharmacodépendance montre une augmentation notable et constante de ce problème dans les pays développés comme dans les pays en développement. Le délégué de la Suède s'est référé lors de la sixième séance à la discussion sur le problème des drogues au sein de la Commission des Stupéfiants des Nations Unies à sa session de février 1983, et a mentionné l'augmentation alarmante de l'abus des drogues dans de nombreux pays. A la suite de plusieurs résolutions antérieures de l'Assemblée de la Santé et d'un rapport du Directeur général à la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, les Membres de l'Assemblée ont adopté la résolution WHA33.27, en 1980, pour affirmer que l'abus des drogues constitue un risque grave pour la santé d'un nombre sans cesse croissant d'individus dans les nations en développement comme dans les pays industrialisés et pour encourager les Etats Membres, lorsqu'ils élaborent leur stratégie nationale en vue d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000, à envisager sérieusement l'inclusion d'activités de lutte contre l'abus des drogues dans leur programme de soins de santé primaires. Cette résolution fournit à l'Organisation des directives de politique et de programmation qu'elle doit suivre pour collaborer avec les Etats Membres à l'inclusion dans leurs programmes et plans de mesures de lutte contre l'abus des drogues, et pour développer encore les activités touchant la prévention et la maîtrise des problèmes de santé associés à l'abus des drogues. Cette résolution prend également acte de la résolution A34/177 de l'Assemblée générale des Nations Unies dans laquelle celle-ci demande instamment que l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies s'emploient davantage à appliquer des programmes de lutte contre l'abus des drogues.

En application de cette résolution, l'OMS a élaboré un programme mondial en collaboration avec les Etats Membres. L'une des stratégies principales appliquées à cette fin a été la coopération avec les autres institutions des Nations Unies et avec les centres collaborateurs de l'OMS pour la recherche et la formation en matière de pharmacodépendance et de dépendance à l'égard de l'alcool. Une excellente coopération a été établie avec ces organismes. Au cours des trois dernières années, une réunion spéciale de coordination interinstitutions s'est tenue à intervalles réguliers. La prochaine réunion aura lieu au Siège de l'OMS, à Genève, en août de l'année en cours, avec la participation de la Division des Stupéfiants des Nations Unies, du Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues (FNULAD) et d'autres institutions spécialisées telles que l'OIT, la FAO et l'UNESCO.

Le programme mondial de l'OMS de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues comporte deux grandes composantes. La première est constituée par les programmes d'activités plurisectorielles intégrées de lutte contre l'abus des drogues actuellement exécutés en Birmanie, au Pakistan, en Thaïlande et dans d'autres pays. Les éléments sanitaires de ces programmes sont confiés à l'OMS; d'autres éléments sont la réadaptation professionnelle dont le BIT est chargé; les cultures de remplacement qui sont la responsabilité de la FAO et du PNUD; l'application de

lois et le contrôle de l'approvisionnement par la Division des Stupéfiants des Nations Unies et parfois des mesures éducatives de prévention exécutées par l'UNESCO. La deuxième grande composante du programme est la mise au point de techniques et la recherche à l'appui des programmes par pays.

Dans les programmes d'activités plurisectorielles intégrées de lutte contre l'abus des drogues, l'accent a surtout été mis sur l'élaboration de programmes de traitement et de prévention efficaces dans le cadre des systèmes sociaux et sanitaires existants, en ayant recours à la recherche opérationnelle sur les services de santé pour optimiser les ressources. Comme les pays ne peuvent se permettre d'instituer un programme vertical, ces activités sont intégrées dans les services de soins de santé primaires et les services sanitaires et sociaux de base des programmes par pays.

Les détails de la composante "technologie" du programme sont décrits à la page 169 du document PB/84-85. Cette composante inclut l'élaboration de directives et de stratégies pour la prévention de la pharmacodépendance, pour l'évaluation des programmes de traitement et pour l'étude et la révision de la législation sanitaire. On procède actuellement à la mise au point de manuels pour l'enseignement portant sur les problèmes liés à l'alcool et aux drogues dans les établissements de santé et à la détermination du rôle des soins de santé primaires dans la prévention et la prise en charge des problèmes liés à l'alcool et aux drogues. Le projet relatif à l'appréciation de l'utilité de la méthadone dans le traitement de la pharmacodépendance est un exemple de projet se situant dans le domaine de l'élaboration de techniques de traitement. La plupart de ces projets ont déjà été lancés et se poursuivront pendant la période biennale 1984-1985.

Le programme est en partie financé au titre du budget ordinaire de l'OMS, qui est très limité, mais surtout à l'aide de ressources extrabudgétaires provenant principalement du Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues. Dans l'exécution de ce programme, les Membres de l'OMS coopèrent activement au niveau du Siège, des Régions et des pays avec les autorités nationales et d'autres organisations internationales.

Le délégué de l'Egypte a dit qu'il était nécessaire d'inclure des mesures pour la prévention et le traitement de problèmes posés par l'abus des drogues dans les soins de santé primaires. L'OMS exécute actuellement un projet sur le rôle des soins de santé primaires dans ce domaine. Un groupe consultatif OMS se réunira au cours de la semaine à venir pour discuter de la question avec les représentants de pays de diverses régions, y compris l'Egypte. Le Dr Arif est certain que la vaste expérience acquise par l'Egypte dans le cadre du projet Fayoum sur l'extension des soins de santé mentale à la communauté, y compris la prévention et la maîtrise de l'abus des drogues, sera très utile aux participants à la réunion.

Pour le Dr DIETERICH (Directeur, Division de l'Hygiène du Milieu) les débats de la Commission ont clairement montré que la promotion de la salubrité de l'environnement implique des problèmes dont certains sont très anciens mais d'autres tout à fait nouveaux. Il n'y a pas de pays qui n'ait qu'un seul problème d'environnement à résoudre, comme le montrent, entre autres, les déclarations des délégués de Sri Lanka, du Nigéria, du Kenya, du Yémen, sur les problèmes dus aux substances chimiques toxiques, qu'il n'est plus possible d'ignorer, tant dans le monde industriel que dans les pays en développement.

Un autre point important de caractère général que la discussion a mis en évidence concerne la nature intersectorielle de l'hygiène du milieu. Les délégués de l'Egypte, des Etats-Unis d'Amérique et d'autres pays, qui ont mentionné la nécessité de promouvoir la salubrité de l'environnement dans les projets de développement aussi bien urbain que rural, ont bien souligné que les organismes sanitaires ont un rôle vital à jouer vis-à-vis de beaucoup d'autres organismes - un rôle de promotion, mais aussi de coopération technique. Aucune évaluation de l'impact environnemental de tels projets de développement ne saurait être menée à bien sans le concours des institutions sanitaires; il n'est pas non plus possible de traduire l'évaluation en programmes de prévention sans la présence dans les institutions sanitaires d'un personnel compétent pour la salubrité de l'environnement, dont la nécessité a été soulignée par le délégué de la Roumanie ainsi que par d'autres. L'OMS continuera à réaliser le nouveau programme 11.2, hygiène de l'environnement dans l'aménagement rural et urbain et l'habitat, sur une base intersectorielle.

Répondant aux questions de divers délégués, le Dr Dieterich précise que dans la lutte contre les risques pour la santé liés à l'environnement (programme 11.3) trois séries d'activités sont maintenant considérées prioritaires par l'Organisation : l'évaluation de l'effet des substances chimiques sur la santé dans le cadre du programme international sur la sécurité des

substances chimiques, l'exposition humaine aux risques liés à l'environnement et l'utilisation des renseignements recueillis au cours de ces activités en vue de la planification et de la mise en oeuvre de la prévention; on peut citer comme exemple à cet égard l'élimination sans danger des déchets toxiques, mentionné par plusieurs délégués.

Répondant à une question posée par le délégué de l'URSS, le Dr Dieterich confirme que l'OMS joue un rôle central dans ce programme, principalement en ce qui concerne la surveillance des aspects sanitaires de la lutte contre les risques liés à l'environnement. Mais pour que l'Organisation puisse jouer ce rôle, étant donné que le programme dépend pour beaucoup des ressources nationales et de la recherche scientifique nationale, il est important que les Etats Membres disposant d'informations scientifiques pertinentes s'engagent vis-à-vis de l'OMS et confirment - également lors de la collaboration avec d'autres organisations internationales extérieures au secteur sanitaire - que l'OMS assumera au niveau international la responsabilité des aspects sanitaires de l'action. Il est aussi important que les ministères de la santé incitent les ministères du travail et de l'environnement à participer à leurs efforts en faveur des programmes concernant la sécurité des substances chimiques et l'évaluation de l'exposition humaine, de même que le PNUD et l'OIT, au niveau international, ont joint leurs efforts à ceux de l'OMS.

Répondant à une autre question du délégué de l'URSS, le Dr Dieterich précise que le programme international sur la sécurité des substances chimiques doit être dans une large mesure financé par des ressources extrabudgétaires, ajoutant que le Directeur général a bien noté la suggestion concernant l'importance de la contribution imputée sur le budget ordinaire de l'Organisation. Néanmoins, compte tenu du fait que le commerce international des substances chimiques représente plus de US \$50 milliards par an, pourquoi ne serait-il pas possible de trouver des fonds extrabudgétaires pour soutenir le programme international sur la sécurité des substances chimiques, dont l'importance ne cesse de croître, aussi bien que les activités concernant l'évaluation de l'exposition humaine.

On a une fois de plus souligné que le problème de la sécurité des aliments comporte de multiples volets; l'époque où les pays en développement ne devaient se préoccuper que de la contamination biologique des aliments est depuis longtemps révolue, même si cette contamination reste une cause majeure de maladies diarrhéiques. Répondant au délégué de l'Espagne et à d'autres délégués, le Dr Dieterich confirme que les résidus chimiques dans les aliments posent un problème mondial, notamment à cause de l'emploi des pesticides en agriculture. Le délégué de Cuba a demandé comment l'OMS et la FAO collaborent et comment les Etats Membres pourraient tirer profit de cette collaboration dans le domaine de la sécurité des aliments. Les principaux mécanismes de collaboration entre les deux organisations sont la Commission du Codex Alimentarius, les réunions du Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires et les réunions conjointes sur les résidus des pesticides (les unes et les autres annuelles jusqu'à présent), ainsi que leurs activités en matière de surveillance de contamination des produits alimentaires et des aliments pour le bétail, ainsi que de contrôle des aliments. Les Etats Membres peuvent profiter de cette collaboration de trois manières, à savoir : en participant aux comités du Codex sur des sujets et des produits particuliers, en participant aux comités régionaux de coordination du Codex et en acceptant les normes fixées par le Codex Alimentarius. Comme l'a dit le délégué du Yémen, il est à présent reconnu que les hormones représentent un aspect important de la sécurité des aliments. Cette question a été étudiée lors d'une réunion organisée par le Bureau régional de l'Europe, en 1982, sur les conséquences sanitaires des anabolisants, ainsi que par la vingt-septième session du Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires, en avril 1983.

Bien qu'elle ne soit pas un programme OMS, la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement a fait l'objet d'un rapport à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé pour les raisons expliquées au paragraphe 2 du document A36/5 : il ne faut pas manquer l'occasion d'utiliser la Décennie pour améliorer la santé. Pour répondre aux questions et commentaires des délégués de Sri Lanka, du Chili, de l'Egypte, des Etats-Unis d'Amérique, du Royaume-Uni, de la République fédérale d'Allemagne et d'autres, il faut peut-être répéter qu'en 1983 le moment n'est peut-être pas encore venu de tirer le signal d'alarme. Mais l'Assemblée mondiale de la Santé doit savoir - ainsi l'estime le Directeur général - que la réalisation de l'objectif de la Décennie ne sera pas automatique, ni possible si tous les intéressés ne déploient pas dès à présent un effort des plus énergiques. Si la Décennie n'était pas couronnée de succès, ne serait-il pas difficile d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000 et d'améliorer certains aspects de la salubrité de l'environnement, tels que la sécurité des aliments, l'habitat et la protection contre les risques liés à l'environnement ? Il ne faut pas

que les institutions sanitaires se désintéressent de la Décennie en prétextant que la responsabilité opérationnelle en incombe à d'autres institutions. Ce serait catastrophique; les institutions sanitaires nationales ont un rôle décisif à jouer, et il faut que les effectifs et les ressources nécessaires leur soient alloués. Elles pourraient promouvoir la Décennie dans le cadre des soins de santé primaires, comme il est expliqué dans le paragraphe 34 du document A36/5.

Le délégué de l'Indonésie et d'autres ont souligné à juste titre qu'il existe un problème de financement sur lequel on ne saurait trop insister. La coopération entre l'OMS et le PNUD vise à atténuer ce problème, et le Directeur général souhaite à ce propos remercier M. Arthur Brown, Administrateur adjoint du PNUD, pour ses efforts en faveur de la coordination entre institutions internationales, permettant aux Etats Membres d'utiliser au maximum les ressources mises à leur disposition par les différentes organisations internationales qui exécutent des programmes relevant de la Décennie. Le Directeur général espère que toutes les institutions de soutien bilatéral et multilatéral continueront à coopérer avec l'OMS, particulièrement pour qu'un maximum de profits sanitaires soit tiré de leurs investissements et pour mieux appuyer la mise en place des infrastructures et des personnels de fonctionnement et l'entretien.

Enfin, en réponse aux délégués des Etats-Unis d'Amérique, de la Zambie, du Royaume-Uni et d'autres pays, le Directeur général tient à confirmer que l'objectif général de l'Organisation dans le cadre de la Décennie est d'améliorer la santé. Les profits escomptés pour la santé ne seront pas obtenus automatiquement si, dans la conception des programmes et projets nationaux, certains facteurs sont négligés. Les institutions sanitaires nationales et l'OMS ont une fonction majeure à remplir, en fournissant à d'autres institutions des méthodologies grâce auxquelles il sera bien tenu compte de ces facteurs. Comme il est dit dans le document A36/5, l'OMS a publié un document d'évaluation afin d'améliorer la méthodologie en question, en mettant l'accent sur les facteurs socio-culturels, mais aussi sur les facteurs ayant un impact direct sur la santé. L'OMS met au point une méthode d'appréciation des programmes et projets proposés en fonction de l'impact sanitaire qui en est escompté. Ce type d'appréciation s'ajoutera à l'approche traditionnelle de l'évaluation des projets qui, normalement, porte exclusivement sur les aspects technique, financier et économique. Il faut remercier les Centers for Disease Control d'Atlanta (Géorgie, Etats-Unis d'Amérique) de leur coopération pour la mise au point de cette méthodologie particulière. Le Dr Dieterich remercie aussi tous les délégués pour leurs nombreuses observations et suggestions, qui aideront le Secrétariat à développer son travail de façon concrète.

Le Dr COHEN (Bureau du Directeur général), se référant au programme d'action concernant les médicaments essentiels, évoque d'abord les interventions des délégués de la République fédérale d'Allemagne et de la Suède au sujet du rapport à présenter à l'Assemblée de la Santé en 1984. En 1982, l'Assemblée de la Santé avait prié le Conseil exécutif de surveiller l'évolution du programme et de lui soumettre un rapport. Le Directeur général présentera au Conseil exécutif l'information demandée pour lui permettre de surveiller le programme et c'est donc le rapport du Conseil qui sera soumis à l'Assemblée en 1984.

Le délégué de la Suède, s'exprimant au nom des pays nordiques lors de la septième séance, a parlé de la priorité que l'Assemblée avait demandée en 1982 pour le programme sur les médicaments essentiels. Si l'on compare les propositions du budget programme 1984-1985 avec les chiffres de 1982-1983, on constate que les engagements de dépenses ont un peu plus que doublé pour l'ensemble des Régions et un peu plus que quadruplé pour la Région africaine. A son avis, l'Organisation a donc mis à exécution les vœux de l'Assemblée. Désormais, l'action doit se situer au niveau national, avec l'appui de l'échelon régional, car des débats supplémentaires au niveau mondial ne pourront plus faire avancer le programme.

Le délégué du Chili a demandé ce qui se passait, en particulier dans les pays d'Afrique. L'intervention du délégué suédois, décrivant le soutien apporté au programme par le groupe des pays nordiques, fournit une réponse partielle à cette question. Ce soutien représente ce que le Directeur général a appelé "un appui bilatéral éclairé" car les pays nordiques aident les pays en développement à réaliser des politiques approuvées par l'Assemblée de la Santé. Ce soutien n'est pas seulement financier mais comporte aussi la fourniture de ressources humaines et techniques. Le programme mis sur pied par le Gouvernement du Kenya avec l'aide des Gouvernements danois et suédois, de l'OMS et de la Banque mondiale en fournit un exemple. Visant à assurer la fourniture de médicaments essentiels aux services de santé primaires, il peut, avec adaptation aux besoins particuliers, servir de modèle à d'autres pays. Un atelier a été organisé au Kenya

avec l'appui du Danemark et de l'OMS; des représentants des autres pays d'Afrique et de toutes les régions y avaient été invités.

Le délégué de la Yougoslavie a parlé de la coopération technique entre pays en développement (CTPD) dont le programme du Kenya offre un bon exemple. L'expérience kényenne a été mise à la disposition des autres pays et il semblerait qu'ils s'en inspirent. On voudra bien noter que l'appui des agences bilatérales n'est pas uniquement financier mais comporte aussi des ressources humaines et techniques.

Un autre exemple de CTPD est offert par la République-Unie de Tanzanie qui met en application l'expérience du Kenya. Le Gouvernement danois apporte une aide substantielle au Gouvernement de Tanzanie par l'intermédiaire du FISE - agent d'exécution - et en coopération avec l'OMS; les quatre partenaires : le Gouvernement de Tanzanie, le Gouvernement danois, le FISE et l'OMS, oeuvrent de concert à ce programme. Dans quelques semaines, on connaîtra les résultats de l'offre formulée par des membres de la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament de fournir des produits pharmaceutiques à des prix non commerciaux à certains pays tels que la République-Unie de Tanzanie. Une soumission internationale est en cours.

L'assistance fournie par le Gouvernement italien pour la mise en place dans cinq pays africains de programmes sur les médicaments essentiels est une autre illustration de l'appui bilatéral. Ce programme vient d'être entamé en Haute-Volta. Un dernier exemple enfin : la fourniture de chloroquine à dix pays d'Afrique pour une valeur de trois millions de dollars par le Programme du Golfe arabe pour les organismes de développement des Nations Unies.

Le délégué du Chili a demandé ce que faisait l'industrie pharmaceutique pour aider à répondre aux besoins des pays d'Afrique. Le Dr Cohen n'a rien à ajouter, sur ce point, à ce qu'a dit la veille le représentant de la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament; cependant, le cas de la Tanzanie montre dans quelle mesure l'industrie contribue à la fourniture de médicaments moins coûteux. Le délégué du Chili a également demandé ce qui était fait pour assurer l'approvisionnement régulier de médicaments aux pays qui n'en produisent pas. En théorie, les achats groupés représentent une bonne solution à ce problème. Mais, dans la pratique, des obstacles se dressent sur la voie des réalisations; principalement en ce qui concerne les accords juridiques, administratifs et financiers entre pays. Les Iles du Pacifique Sud tentent actuellement de mettre sur pied un système d'achats groupés mais des difficultés ont surgi à propos du choix de l'emplacement de l'entrepôt central. Une proposition inattendue visant à utiliser à cette fin le Bureau régional a été formulée. Des progrès sont donc accomplis sur une base pragmatique, à la lumière de l'expérience. La Région africaine a conçu un programme exceptionnellement ambitieux d'achats groupés, englobant 18 pays. Les travaux ont commencé en vue de surmonter les nombreux obstacles qui se présentent. L'un d'eux est la création d'un fonds de roulement; outre les problèmes administratifs et financiers inhérents à la gestion d'un tel fonds, l'expérience a montré qu'il fallait disposer, au départ, de 25 % de son volume annuel (soit, dans le cas de l'Afrique, d'un montant de US \$25 millions).

Le délégué de la République-Unie du Cameroun a soulevé la question de l'achat de vaccins sur une base remboursable. Il s'agit d'un problème du même ordre; en effet, l'achat initial exige un capital important qu'il faut ensuite reconstituer au moyen de fonds supplémentaires. Si l'OMS a pu fournir une aide dans un cas, son budget ne lui permettrait pas de poursuivre dans cette voie. Il pense, quant à lui, que la solution serait d'établir un fonds de roulement dans les pays eux-mêmes et il fait appel à l'assistance bilatérale pour la création de tels fonds. Il ne devrait pas être trop difficile de procurer aux pays en développement des prêts à long terme ou des prêts souples, ou de leur faire des donations pour leur permettre de constituer puis de réalimenter un fonds de roulement destiné à l'achat de vaccins. Il rappelle que même les pays qui produisent leurs propres médicaments connaissent de grandes difficultés, notamment pour arriver à assurer l'approvisionnement régulier et le bon emploi de ces médicaments. Le Pérou, par exemple, a récemment demandé la coopération de l'OMS pour résoudre ce genre de problème, et Cuba a fait appel à l'Organisation pour la distribution aux médecins d'informations précises sur les médicaments et pour le contrôle de la qualité.

Pour terminer, le Dr Cohen rappelle que le FISE coopère pleinement au programme et assume admirablement ses responsabilités. Il tient à le souligner devant la Commission afin que le FISE soit justement honoré.

Le Dr PETROS-BARVAZIAN (Directeur de la Division de la Santé de la Famille) dit que plusieurs délégués, en particulier ceux de l'URSS, de la Yougoslavie et du Sri Lanka, se référant à la santé maternelle et infantile, planification familiale comprise (programme 9.1), ont estimé que, si des moyens adéquats, tant humains que financiers, n'étaient pas mis à la disposition du programme, les deux objectifs prévus, visant d'une part que 75 % des accouchements

soient effectués par un personnel de santé qualifié et d'autre part qu'au moins 80 % des enfants aient accès aux soins de santé essentiels, ne seraient pas atteints. Ils ont exprimé leur inquiétude de constater que, dans le tableau de la page 148 du projet de budget programme, les ressources extrabudgétaires pour 1984-1985 étaient inférieures d'environ US \$10 millions au montant de la période biennale précédente. Cette diminution est due au fait que ces ressources proviennent essentiellement du Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP), dont le cycle budgétaire pour les programmes au niveau des pays ne coïncide pas avec celui de l'OMS. Il est donc tout à fait possible qu'au cours de l'année qui vient il y ait une augmentation de ces crédits. Répondant à une autre question sur ce point, posée par le délégué de l'URSS, le Dr Petros-Barvazian reconnaît que depuis quelques années les fonds versés par le FNUAP ont eu tendance à se maintenir au même niveau; toutefois, deux points sont à relever à cet égard. Tout d'abord, le Conseil d'administration du PNUD a récemment réaffirmé que, parmi les activités soutenues par le FNUAP, c'étaient les services, l'enseignement et la formation visant l'espacement des naissances et la planification familiale qui devaient bénéficier de la plus haute priorité. Par conséquent, s'il faut s'attendre à ce que le niveau total du budget demeure inchangé, il est probable que la planification familiale, dans le contexte de la santé maternelle et infantile et des soins de santé primaires, bénéficiera de possibilités accrues de financement au niveau des pays. Ensuite, le Conseil d'administration du PNUD a vivement recommandé qu'en 1984 les fonds utilisés aux échelons régional et interrégional ne dépassent pas 25 % du montant total du budget programme du FNUAP. Les prévisions de financement aux échelons régional et interrégional pourraient donc souffrir mais, étant donné l'excellente collaboration qui existe entre l'OMS et le FNUAP, et la priorité accordée à la planification familiale, le Dr Petros-Barvazian est convaincue que le FNUAP continuera de soutenir le programme de santé maternelle et infantile, planification familiale comprise, et que le Fonds, s'il dispose de ressources supplémentaires, amplifiera son appui à l'OMS.

Enfin, le délégué du Kenya a soulevé la question du rôle des femmes dans le développement et la protection de la santé. En 1985, le Kenya sera l'hôte d'une conférence internationale où seront analysés et évalués les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du plan d'action pour la seconde moitié de la Décennie des Nations Unies pour la Femme. L'Organisation se fera un plaisir de collaborer étroitement avec les organisations féminines non gouvernementales afin de les aider, comme l'a suggéré le Kenya, à promouvoir les soins de santé primaires dans le contexte de la santé pour tous.

Le Dr SANKARAN (Directeur de la Division de la technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation) note qu'au sujet du programme relatif à la technologie clinique, radiologique et de laboratoire pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (programme 12.1), le délégué de Sri Lanka a fait valoir que dans son pays la poursuite des objectifs définis dans les paragraphes 4, 5 et 6 de l'exposé du programme concernait non seulement les hôpitaux du premier échelon de recours mais aussi ceux de l'échelon de recours intermédiaire. Deux réunions sont prévues en vue de recenser les actes chirurgicaux et médicaux devant être assurés par les hôpitaux de l'échelon intermédiaire et l'on pense que les recommandations issues de ces réunions seront présentées sous forme définitive avant la fin de 1985 ou au début de 1986.

Le délégué de l'Inde a attiré l'attention sur la nécessité d'améliorer la formation des techniciens au niveau des soins de santé primaires si l'on veut renforcer l'infrastructure. De manière générale, le soutien apporté aux services de laboratoire et des programmes de formation vise à améliorer l'expertise dans ce domaine grâce à l'établissement d'un réseau de petits laboratoires peu onéreux. Les résultats de l'évaluation entreprise sur le terrain au sujet de l'efficacité des laboratoires périphériques devraient être disponibles d'ici la fin de 1984 et à ce moment-là il est prévu de tenir une réunion avec les directeurs des études sur le terrain pour préparer des directives concernant la création de laboratoires périphériques, compte tenu de l'expérience acquise.

Le délégué du Venezuela s'est inquiété de la fragilité de l'échelon intermédiaire et a mis en garde contre l'attitude négative qui prévaut dans certains milieux universitaires et professionnels. C'est afin de combattre cette attitude que le programme s'efforce d'obtenir la collaboration d'organismes professionnels et d'organisations non gouvernementales, et de renforcer l'échelon intermédiaire en établissant un système hiérarchique solide. Des efforts sont également déployés en vue d'améliorer les compétences gestionnaires des agents de santé de niveau intermédiaire.

Le délégué de la Roumanie a soulevé la question de l'adéquation des crédits budgétaires accordés au programme de technologie clinique. Or, ces crédits ont augmenté pour la période biennale 1984-1985. L'Organisation est très reconnaissante au Danemark du don de US \$406 000 fait par ce pays pour la période 1982-1983 en vue du financement de cours sur les services de laboratoire. Un soutien similaire a été demandé pour 1984-1985.

Le délégué de l'Egypte a mentionné deux grands problèmes qui se posent au premier échelon de recours, celui de la stérilisation et celui de la transfusion sanguine. L'OMS est entrée en rapport avec des fabricants en vue d'obtenir des stérilisateurs pouvant être utilisés dans les pays en développement et s'intéresse particulièrement à un modèle peu onéreux mis au point actuellement par le Département d'ingénierie de l'Université de Strathclyde. En ce qui concerne la technologie de la transfusion sanguine, l'OMS, avec la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et le Bureau régional pour la Méditerranée orientale, est en train de préparer un séminaire sur la transfusion sanguine, où l'accent sera mis sur l'échelon périphérique. L'Organisation, toujours en collaboration avec la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, a également publié des monographies sur la mise en place d'unités de transfusion sanguine, et a, en 1981, élaboré des spécifications relatives au sang et aux produits sanguins. Un cours sur la gestion des services de transfusion sanguine a été organisé à Budapest avec l'appui du PNUD, et la Roumanie a offert son aide pour la mise sur pied d'un programme de collaboration en matière de services de transfusion sanguine. De nombreux Etats Membres du monde en développement ont pris part à un symposium sur le sang et les produits sanguins organisé en 1982 par l'ONUDI, l'OMS et le Gouvernement de la Suède.

Le délégué de l'Algérie a mentionné le problème de l'utilisation adéquate de la technologie des soins de santé primaires. On s'efforce actuellement à cette fin de mettre au point du matériel approprié; l'Organisation s'intéresse notamment aux essais pratiques d'une unité radiologique de base à géométrie constante qui ont actuellement lieu à Lund.

Le délégué des Pays-Bas a rappelé la résolution WHA28.72 et la discussion qui a eu lieu à ce sujet à la soixante et onzième session du Conseil exécutif. Les comités régionaux discuteront de la question en 1984 et leurs rapports seront présentés au Conseil exécutif en 1985, pour être soumis finalement à la Trente-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 1985.

Le délégué de l'Espagne a insisté sur le fait que le soutien technologique destiné aux hôpitaux de recours devait reposer sur des bases épidémiologiques; de telles bases sont en effet indispensables à tout système de recours.

Au sujet de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des médicaments et des vaccins (programme 12.3), le délégué de Sri Lanka a suggéré la création d'un laboratoire régional de contrôle de la qualité. Le Directeur régional pourra peut-être prendre cette suggestion en considération. En ce qui concerne la suggestion du délégué des Pays-Bas au sujet du transfert d'informations, il convient de rappeler que le Comité d'experts de la Standardisation biologique se réunit tous les ans pour normaliser les données concernant les étalons biologiques à communiquer aux Etats Membres et que les rapports de ce comité sont examinés par le Conseil exécutif. En outre, divers groupes scientifiques se réunissent fréquemment pour normaliser les méthodes de production des vaccins récemment mis en circulation. Le Dr Sankaran assure le délégué des Pays-Bas que le transfert d'informations sur les médicaments continue d'avoir une priorité élevée. Quant aux travaux entrepris, conformément à une récente recommandation du Comité OMS d'experts sur l'Utilisation de Médicaments essentiels,¹ en vue d'établir des fiches d'information sur ces médicaments, ils sont déjà très avancés. En outre, la diffusion régulière du bulletin de l'OMS "Informations pharmaceutiques" reprendra bientôt.

Le délégué du Chili a suggéré une meilleure formation dans le domaine du contrôle de la qualité des médicaments et la poursuite de recherches sur les réactions adverses aux médicaments. A cet égard, la formation de candidats venant de pays en développement a commencé, avec la collaboration de la FIIM. Le délégué de l'Arabie saoudite a formulé quelques suggestions concernant l'application de mesures efficaces de contrôle et l'échange d'informations sur les effets secondaires des médicaments; toute information reçue par l'OMS est présentée de façon impartiale dans le bulletin "Informations pharmaceutiques".

L'OMS est reconnaissante au Gouvernement suédois d'aider à parrainer la prochaine Troisième Conférence internationale des Directeurs d'organismes de réglementation en matière de médicaments à laquelle participeront certainement un grand nombre de participants de pays en développement. Il faut aussi remercier le Gouvernement italien d'avoir accueilli à Rome la Deuxième Conférence sur la question; cette conférence a permis un échange précieux de renseignements.

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 685, 1983.

Le délégué de l'URSS a attiré l'attention sur la nécessité d'éviter une confusion entre l'objet des tests simplifiés et le but des monographies de la Pharmacopée internationale. Le Dr Sankaran confirme que, lorsque les résultats de ces tests simplifiés seront publiés, il sera précisé qu'ils n'étaient destinés qu'à identifier des substances pharmaceutiques et qu'ils ne remplacent en aucun cas les spécifications de la Pharmacopée, qui sont, elles, destinées à donner une indication de l'activité et de la pureté des substances considérées.

En ce qui concerne le programme 12.4 (Médecine traditionnelle), le délégué du Ghana a attiré l'attention sur la disproportion qui existe entre les buts de ce programme et les crédits qui lui sont alloués. La médecine traditionnelle est un domaine relativement nouveau et les activités du programme en sont encore au stade de la mise au point. On espère attirer des crédits extrabudgétaires pour ce programme. Il n'y a pas eu de diminution des crédits alloués à la médecine traditionnelle au titre du budget ordinaire depuis 1982-1983; les crédits prévus pour les activités de recherche accusent même une augmentation de US \$42 600.

En ce qui concerne le programme 12.5 (Réadaptation), la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps publiée par l'OMS en 1980, dont a parlé le délégué de la Suède, était une édition expérimentale destinée à être mise à l'essai. Elle devrait être révisée au bout d'un certain laps de temps, probablement en 1985 ou 1986. Cette classification est à l'essai dans plusieurs pays, et l'expérience ainsi acquise sera étudiée à un certain nombre de réunions, dont la réunion du groupe de travail sur la standardisation des méthodes de mesure des déficiences, des incapacités et des handicaps qui doit être organisée en octobre de l'année en cours par le Bureau régional de l'Europe. Le délégué de la Suède peut être assuré qu'il sera tenu compte de ses commentaires lors de la révision de la Classification et que l'Organisation remercie le Gouvernement suédois du soutien qu'il a accordé aux politiques de l'OMS concernant la réadaptation, en particulier la réadaptation au sein de la communauté, considérée comme un élément important des soins de santé primaires.

Avant de terminer, le Dr Sankaran souhaite remercier le délégué du Japon d'avoir formulé des commentaires si généreux et d'avoir approuvé le programme de réadaptation.

Science et technologie de la santé - Lutte contre la maladie (Section 4 de la résolution portant ouverture de crédits, documents PB/84-85, pages 219-297, et EB71/1983/REC/1, Partie I, résolution EB71.R11 et annexes 4 et 5; Partie II, paragraphes 42-46)

Le PRESIDENT, présentant la section 4 de la résolution portant ouverture de crédits, attire l'attention des membres de la Commission sur les documents pertinents, en particulier les annexes 4 et 5 au document EB71/1983/REC/1 portant respectivement sur l'évaluation du programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et sur la lutte antituberculeuse dans le monde, question qui fait aussi l'objet d'un projet de résolution recommandé à l'Assemblée dans la résolution EB71.R11 du Conseil.

Pour le Dr OLDFIELD (représentant du Conseil exécutif), un même problème se pose pour tous les programmes de prévention et de lutte contre la maladie : comment assurer correctement le transfert et l'application de la technologie par la voie du système de prestation de services fondé sur les soins de santé primaires.

Après avoir recensé toutes les connaissances déjà mises à jour en vue de leur application, il incombe aussi à l'OMS et à ses Etats Membres de déterminer les lacunes des connaissances qu'il faut s'efforcer de combler en priorité par la recherche. Le Conseil est d'avis que la recherche sur la résistance des plasmodiums aux médicaments et sur celle des vecteurs aux produits chimiques doit demeurer une activité prioritaire dans le cadre du programme 13.3 (Paludisme).

Le Conseil exécutif rend hommage au Comité examinateur extérieur pour l'évaluation à laquelle il a procédé des cinq premières années d'exécution du programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Comme le Comité, le Conseil estime que les résultats obtenus sont encourageants mais il s'inquiète des perspectives de financement du programme; il a souligné qu'il fallait maintenir un niveau de financement suffisant pour permettre l'étude à long terme de développements prometteurs comme, par exemple, l'essai pratique d'un vaccin potentiel contre la lèpre. Les conclusions du Conseil sont reflétées dans la résolution EB71.R10.

Le Conseil a estimé que le programme 13.6 (Maladies diarrhéiques) était bien conçu et qu'il mettait à juste titre l'accent sur la réduction de la mortalité; néanmoins, il est

d'importance primordiale de poursuivre l'élaboration d'une stratégie de prévention, en particulier pour les enfants de moins de cinq ans. Etant donné qu'une amélioration de la salubrité de l'environnement jointe à une action appropriée d'éducation pour la santé pourraient avoir un énorme impact, il convient d'inciter instamment les Etats Membres à redoubler d'efforts pour atteindre les buts de la Décennie internationale de l'Eau potable et de l'Assainissement qui sont énoncés sous le programme 11.1 (Approvisionnement public en eau et assainissement).

Le Conseil a souscrit au rapport de son Comité du Programme sur "La lutte antituberculeuse dans le monde - analyse de la situation", qui souligne que la tuberculose demeure un problème majeur de santé publique, en particulier dans les pays en développement. L'Union internationale contre la Tuberculose collabore étroitement avec l'OMS à la définition des principaux éléments des programmes de lutte, y compris la vaccination des enfants par le BCG dans le cadre du programme 13.1 (Vaccination). Une amélioration générale des conditions socio-économiques est indispensable si l'on veut parvenir à maîtriser la tuberculose. Les recommandations du Conseil sont reflétées dans la résolution EB71.R11.

Après avoir examiné le programme 13.16 (Maladies cardio-vasculaires) et le Rapport du Comité OMS d'experts sur la prévention des cardiopathies coronariennes, le Conseil a reconnu que la prévention des cardiopathies coronariennes présente une grande importance aussi bien pour les pays développés que pour les pays en développement, et qu'il existe une base scientifique solide pour accélérer l'exécution de cet élément du programme. Le Conseil estime que, dans ce domaine également, les ressources disponibles sont sans doute mal réparties et que des fonds additionnels pourraient certainement être utilisés, en particulier pour soutenir l'élaboration de stratégies de prévention au niveau des pays.

Le Dr WILLIAMS (Nigéria) déclare, au sujet de la recherche sur les maladies tropicales (programme 13.5), que le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales a eu un impact extraordinaire dans le monde entier, tant dans les Etats Membres qu'à travers toute la communauté scientifique. La délégation nigériane espère vivement que le programme facilitera bientôt la solution des problèmes que posent les principales maladies qui sévissent dans les pays tropicaux. Il est entièrement d'avis que les mécanismes d'examen et d'évaluation appliqués dans le cadre du programme de recherche sur les maladies tropicales devraient également être appliqués dans d'autres programmes. Appelant l'attention de la Commission sur les informations récemment diffusées par les médias et selon lesquelles, d'une part, des progrès spectaculaires sont en passe d'être réalisés dans la mise au point d'un vaccin antipaludique et, d'autre part, que des questions de brevets risquent de faire obstacle à ces progrès, le Dr Williams exprime l'espoir qu'il sera possible d'obtenir des renseignements plus complets à ce sujet.

En ce qui concerne les maladies à transmission sexuelle (programme 13.11), la délégation nigériane estime que le plan d'action est réaliste et elle a le ferme espoir qu'il permettra de réduire sensiblement la morbidité due à ces maladies. Il est toutefois surprenant qu'il ne soit pas fait mention de l'herpès génital, en dépit de la large publicité dont cette maladie a fait l'objet dans les médias et des craintes considérables qu'elle suscite. Il serait utile de savoir ce que l'OMS projette de faire afin de résoudre ce problème d'une très grande gravité.

Le Dr ROUILLON (Union internationale contre la Tuberculose) déclare que l'Union internationale, qui regroupe les mouvements bénévoles et les services officiels qui luttent contre la tuberculose dans 117 pays, est fermement décidée à continuer de collaborer étroitement avec l'OMS à l'exécution de son programme. L'Union internationale a accueilli avec satisfaction le renouveau d'intérêt récemment manifesté vis-à-vis de la lutte antituberculeuse par les Etats Membres de l'OMS; il est particulièrement significatif à ses yeux que l'Inde - pays en voie de développement - soit l'un des pays les plus actifs dans la mise au point de la technologie antituberculeuse et que ce soit elle qui ait demandé en 1980 que l'on reconsidère le problème de la tuberculose, exprimant ainsi une préoccupation latente dans bien des pays. Ce renouveau d'intérêt est justifié : il y a en effet plus de tuberculeux que jamais dans le monde, et 95 % d'entre eux se trouvent dans les pays en développement, où ils sont de 20 à 30 fois plus nombreux que dans les pays développés; d'autre part, les succès et les échecs de la lutte antituberculeuse ont été dûment et précisément analysés, ce qui a permis de construire un modèle qui pourrait fort bien être utilisé dans d'autres contextes. Il est bien entendu nécessaire, lorsque l'on applique de nouvelles mesures de lutte contre la tuberculose, d'éviter de mener une action purement verticale et de situer au contraire cette action dans le cadre des soins de santé primaires.

La tuberculose est un exemple typique de maladie nécessitant un traitement de longue durée pour lequel un niveau considérable d'expertise est nécessaire, mais cela ne veut nullement dire que ce traitement ne doit pas être intégré aux soins de santé primaires; au contraire, il peut beaucoup contribuer à accroître l'efficacité de ces derniers. Pour la tuberculose - contrairement à ce qui est le cas pour bien d'autres maladies - la cause, le diagnostic, les médicaments efficaces et les moyens de prévention sont connus, les mesures à appliquer sont acceptables aussi bien pour les populations que pour les gouvernements et ces mesures ont été normalisées dans des manuels destinés aux personnels de santé peu qualifiés, de telle sorte que leur impact tant sur l'individu que sur la collectivité peut être évalué quantitativement et qualitativement; en outre, d'autres questions telles que celles de l'efficacité du réseau de laboratoires, du contrôle de la qualité, des perfectionnements du traitement, du diagnostic, de l'éducation pour la santé, de l'arrière-plan sociologique et de l'amélioration de la communication entre organismes officiels et autres sont déjà à l'étude.

La tuberculose est une maladie dont l'homme est pratiquement le seul agent contagieux, ce qui permet l'application de mesures spécifiques rendant possible dans l'immédiat une action efficace qui est dans une grande mesure indépendante de l'environnement. L'action menée contre la tuberculose permet par ailleurs d'étudier des questions telles que celles de l'approvisionnement en médicaments essentiels, de la création d'un tableau d'experts nationaux et internationaux, de l'influence de l'éducation pour la santé et du rôle de la recherche tant fondamentale qu'appliquée. L'action contre la tuberculose peut donc constituer un moyen de réaliser et de maintenir un niveau effectif des soins de santé primaires. D'autre part, la tradition de solidarité internationale inaugurée dans la lutte antituberculeuse fournit un potentiel supplémentaire en vue de l'indispensable collaboration entre pays en voie de développement et pays développés, tant dans le domaine des recherches que dans celui des applications pratiques.

Le Dr ÉLIÁS (Hongrie) appuie l'objectif, les buts et les activités du programme 13.8 (Tuberculose). Il est peut-être significatif qu'avant la deuxième guerre mondiale la tuberculose était aussi connue sous l'appellation de Morbus Hungaricus. Un programme national de lutte antituberculeuse lancé au début des années 50 a permis de réduire la tuberculose de l'enfance à l'état d'affection sporadique et, depuis de nombreuses années, on n'observe plus de cas de méningite tuberculeuse chez les enfants. Au cours de la période 1965-1975, l'incidence de la tuberculose pulmonaire a baissé de quelque 9 % par an, pour atteindre 23 pour 100 000 en 1975. Cette régression ayant ensuite cessé, il a fallu modifier le programme. Pour ce faire, on a minutieusement étudié les différences entre zones géographiques et groupes d'âge en ce qui concernait, par exemple, les antécédents de vaccination par le BCG, les affections tuberculeuses antérieures et la présence de lésions pulmonaires résiduelles. La priorité a été donnée à la détection des cas bacillaires directs, en particulier chez les hommes de plus de 40 ans et dans les groupes de population socialement handicapés. On continue de vacciner les nouveau-nés par le BCG, et on va modifier le schéma de revaccination des adolescents afin d'assurer une plus longue protection. Le dépistage précoce et le traitement des contacts vont être intensifiés, tandis que les méthodes de dépistage passif et actif seront améliorées et appliquées plus intensivement. Les examens radiographiques périodiques - obligatoires depuis plusieurs dizaines d'années pour certains groupes de population - et l'épreuve tuberculinique seront intensifiés dans les communautés fermées, telles que les cités où sont logés des travailleurs et des étudiants. Chez les personnes âgées, un dépistage régulier par examen bactériologique des crachats sera effectué afin de déceler les cas de réactivation précoce d'infections antérieures.

La Hongrie a donc accumulé une expérience et une expertise considérables, et elle estime que c'est par sa participation au programme de l'OMS que cette expérience et cette expertise pourront le plus efficacement contribuer à soulager les souffrances que cause la tuberculose.

Le Dr GRECH (Malte) appuie, notamment, les programmes 13.5 (Recherche sur les maladies tropicales) et 13.8 (Tuberculose), et il estime comme le Conseil exécutif qu'il convient d'intensifier ces activités.

Par ailleurs, la délégation de Malte appuie la recommandation du Conseil tendant à augmenter les fonds affectés au programme 13.16 (Maladies cardio-vasculaires), en particulier à cause de la progression rapide de ces maladies dans les pays en développement. Alors que dans plusieurs pays industrialisés la mortalité par maladies cardio-vasculaires a atteint un palier et a même parfois diminué au cours des années 70, peut-être parce que l'on y est davantage

conscient des facteurs de risque qui interviennent, la morbidité a notablement augmenté dans les pays en développement, ce qui traduit sans aucun doute une amélioration des conditions socio-économiques, comme c'est le cas pour Malte. Si les maladies infectieuses ont été maîtrisées à Malte et si la poliomyélite et la diphtérie y ont disparu, les maladies non transmissibles chroniques - le diabète en particulier - sont une grave source de préoccupation car elles exigent des mesures urgentes qui grèvent lourdement les ressources d'un petit pays. Il est à prévoir que ces maladies susciteront d'énormes problèmes dans les pays en développement bien avant l'an 2000 à moins que des plans d'action appropriés ne soient mis en oeuvre.

Malte s'intéresse aussi particulièrement aux activités de prévention et de lutte dirigées contre d'autres maladies non transmissibles (programme 13.17). L'erreur consistant à associer le diabète avec les sociétés d'opulence n'a que trop duré; les conclusions du Comité d'experts montrent que le diabète sucré se rencontre dans toutes les sociétés humaines quel que soit leur degré de développement, et qu'il touche au moins 30 millions de personnes à travers le monde. Les taux sont généralement de modérés à élevés dans les zones urbaines, particulièrement en Afrique, en Asie et en Amérique latine, et ils sont très variables en Océanie. Des études de prévalence effectuées dans plusieurs pays en développement, dont Malte, font apparaître un taux de 7 % ou davantage. Le coût du diabète en vies humaines et en infirmités - dues à ses complications - est considérable.

Dans le domaine des maladies non transmissibles chroniques, peut-être plus que dans tout autre domaine, l'approche intégrée totale - promotion des soins de santé primaires, éducation pour la santé, mode de vie salubre, politique nutritionnelle équilibrée et activité physique - est illustrée par de multiples exemples et c'est là qu'elle a le plus de chances de donner des résultats positifs. La délégation de Malte appuie donc sans réserve les recommandations visant à affecter des crédits supplémentaires à la lutte contre ces maladies, et en particulier contre le diabète, qui est si étroitement associé aux maladies cardiaques et vasculaires. Malte souhaite figurer parmi les auteurs du projet de résolution sur la prévention des maladies cardio-vasculaires et la lutte contre ces maladies.

Le Dr TOSKA (Albanie) indique que la tuberculose était autrefois très répandue dans son pays. Après la libération de l'Albanie, les services de santé ont privilégié la lutte anti-tuberculeuse. Toute une série de mesures économiques, sociales et sanitaires ont été prises pour améliorer la situation socio-économique de la population, et diverses mesures organisationnelles, prophylactiques et thérapeutiques ont été instituées pour combattre la tuberculose. On a créé des dispensaires antituberculeux dotés de moyens et de cadres suffisants pour desservir la population jusque dans les régions les plus reculées; ces dispensaires ont assuré le dépistage, la chimiothérapie et la vaccination, qui est devenue obligatoire en 1952. Un certain nombre d'autres institutions sanitaires des villes et des villages ont également participé, en étroite collaboration avec les dispensaires, au dépistage, aux activités de postcure et aux mesures de prophylaxie et d'éducation sanitaire.

Les mesures prises de 1952 à 1960 ont empêché toute nouvelle propagation de la maladie, laquelle a depuis lors progressivement décliné, l'incidence des cas baissant annuellement de 10 à 12 %. Ces dernières années, on a noté une diminution sensible du nombre des cas graves et des cas observés chez les enfants; le risque annuel d'infection n'est plus actuellement que de 0,3 %. En 1982, l'incidence de la tuberculose était de 33 pour 100 000 habitants; on espère la réduire à 16 pour 100 000 d'ici 1990 et parvenir à éradiquer la maladie d'ici l'an 2000 en ayant recours à la fois aux méthodes radiologiques et aux méthodes bactériologiques. Il y a lieu de penser que cet objectif pourra être atteint, car les mesures prises reposent sur une solide base intersectorielle.

Les activités actuelles comprennent la détection sélective des foyers spécifiques de la tuberculose dans les groupes de population exposés, des cas d'infection résiduelle, et le dépistage parmi les étudiants. La vaccination par le BCG est obligatoire et du vaccin BCG lyophilisé est produit dans le pays. Bien que dans les hôpitaux le nombre des lits pour tuberculeux ait été réduit de 50 à 60 % en raison de la régression de la maladie, chaque cas décelé est obligatoirement hospitalisé et reçoit un traitement intensif pendant 3 mois environ. Ensuite, la postcure et la surveillance sont assurées par les dispensaires. Le traitement de la tuberculose tant hospitalier qu'ambulatoire est gratuit.

Il a été reconnu qu'il existe un réservoir de tuberculose endogène, ce qui explique que, vu les objectifs fixés, les efforts faits pour maîtriser la maladie ne subiront aucun relâchement: On mettra particulièrement l'accent sur l'amélioration du diagnostic précoce et du traitement.

La délégation albanaise appuie le projet de résolution sur la lutte antituberculeuse dont le Conseil exécutif a recommandé l'adoption à l'Assemblée de la Santé et elle souscrit aux mesures recommandées par le Conseil pour l'élimination de la maladie.

Le Dr SIDHU (Inde) se félicite de la qualité de la documentation fournie. En Inde, le paludisme a posé un problème de santé publique majeur au début des années 1950. En 1965, le nombre des cas enregistrés était tombé de 75 millions à 100 000. En même temps, la mortalité, qui était auparavant de 0,8 million, était quasiment tombée à zéro. Pour diverses raisons, l'incidence du paludisme a recommencé à croître dans la Région de l'Asie du Sud-Est à partir de 1966, atteignant près de 6,5 millions de cas en 1976.

Sur la base des recommandations du Comité consultatif d'experts et du deuxième comité d'évaluation approfondie, le Gouvernement indien a dressé en 1976 un plan modifié pour le programme national d'éradication du paludisme qui a été mis en oeuvre à partir d'avril 1977. L'objectif est de prévenir et d'endiguer la morbidité et la mortalité et de réduire l'incidence du paludisme. Les zones sont stratifiées en fonction de l'incidence de la maladie et des pulvérisations sélectives d'insecticides appropriés sont pratiquées dans les régions où l'indice parasitaire annuel est égal ou supérieur à deux. Tous les 15 jours, on procède à un dépistage actif et l'on soigne les cas positifs microscopiquement confirmés, ce qui a permis de réduire de 66 % l'incidence de la maladie, qui est tombée à 2,2 millions de cas en 1981.

Le programme se heurte maintenant aux problèmes techniques de la résistance des vecteurs, de la résistance de Plasmodium falciparum à la chloroquine dans certaines zones ainsi qu'au coût croissant des opérations et du matériel. Les effets débilissants de la maladie sur la production et la productivité sont bien connus et il est donc vital de renforcer les efforts d'éradication. Le Dr Sidhu lance un appel à l'OMS et aux pays développés pour qu'ils appuient les travaux sur le vaccin antipaludique, qui revêtira un grand intérêt pour les pays en développement.

L'incidence des maladies diarrhéiques aiguës est estimée à 500 pour 1000 chez les nourrissons et à 200 pour 1000 chez les enfants d'âge préscolaire; 1,5 million d'enfants de moins de 5 ans meurent de ces maladies chaque année. Dans tous les cas, la cause majeure du décès est la déshydratation, la mortalité pouvant aller jusqu'à 60-70 % parmi les cas graves non soignés. Le Gouvernement indien a lancé en 1982 un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques, dont l'axe principal est la distribution de sachets de sels de réhydratation orale à travers un vaste réseau d'agents des soins de santé primaires, de guides sanitaires et autres agents de santé auxiliaires et au moyen d'une action d'éducation pour la santé sous forme de démonstrations dans les villages.

La tuberculose reste un grave problème de santé publique en Inde, où l'on évalue à 10 millions le nombre des cas de tuberculose active radiologiquement confirmés, dont 25 % de cas où le bacille est présent dans les expectorations. La maladie est prévalente en milieu tant urbain que rural. Le programme antituberculeux est inscrit dans le programme de développement en vingt points lancé par le Premier Ministre sous forme de charte nationale d'action. Il s'appuie sur le dépistage et le traitement et se fixe chaque année des buts précis. En 1982 et 1983, ces buts ont été atteints et l'on a décélé 1,5 million de cas environ. Le traitement à domicile est pratiqué à travers les soins de santé primaires et les réseaux de centres et dispensaires antituberculeux de district.

L'Inde attache une grande importance au programme élargi de vaccination, mis en place en 1978 en vue de vacciner, d'ici 1990, 85 à 100 % des femmes enceintes contre le tétanos néonatal, d'administrer aux enfants d'ici 1990 tous les vaccins à l'exception du vaccin antipoliomyélique et enfin d'atteindre l'autosuffisance dans la production de vaccin. L'OMS prête son aide dans les domaines suivants : promotion de services de vaccination intégrés, extension de la couverture vaccinale, développement de la chaîne du froid, organisation des systèmes de surveillance, adjonction de nouveaux vaccins lorsque cela s'impose épidémiologiquement, coordination de la production, du contrôle de la qualité et de la fourniture de vaccins, formation de personnels de santé et enfin préparation de matériels appropriés d'éducation pour la santé. Des enquêtes par sondage ont été faites en vue de rassembler des données de base sur la poliomyélite et le tétanos néonatal car ces deux maladies sont jugées plus graves que ne l'indiquaient les rapports courants. La vaccination antipoliomyélique fait maintenant l'objet d'un vaste programme qui a touché quelque 2,5 millions d'individus en 1981, 5 millions en 1982 et 7 en 1983. On espère pouvoir atteindre d'ici 1990 tous les groupes vulnérables.

En dépit de tous les efforts déployés, aucun impact réel n'a été enregistré dans les secteurs de programme à l'étude et, à travers le monde, un enfant meurt toutes les deux secondes de faim, de malnutrition ou d'une infection parasitaire. Ce qu'il faut, c'est agir de toute urgence et non pas se lancer dans d'interminables débats.

Outre les contraintes socio-économiques, les principaux problèmes auxquels se heurtent la prévention et l'éradication des maladies transmissibles sont la résistance croissante à la chimiothérapie, la résistance des vecteurs aux pesticides et l'explosion des coûts entraînés par ces deux phénomènes.

Le programme de recherche sur les maladies tropicales appuie utilement les efforts nationaux, et le Dr Sidhu tient à féliciter ses responsables à l'OMS. Les programmes de lutte doivent s'appuyer sur une solide évaluation et fixer des objectifs spécifiques adaptés à la situation locale; il faudra donc un soutien technique et gestionnaire plus important. Le Siège et les bureaux régionaux devraient de toute urgence revoir la situation pays par pays en s'attachant au développement et à l'application d'une technologie appropriée de façon à mettre sur pied des systèmes de prestations adaptées aux besoins et aux capacités de chaque pays.

L'OMS devrait également signaler en temps opportun les problèmes nouveaux. Les voyages et le commerce des aliments pour l'homme et l'animal contribuent à la propagation des maladies. Aussi faut-il prêter une plus grande attention à l'application des méthodes de sécurité biologique, à l'échange d'informations pertinentes et à la mise sur pied de systèmes efficaces de surveillance épidémiologique inter pays et interrégionale, à travers un réseau de centres avancés d'alerte - autant d'activités qui exigeront une collaboration beaucoup plus poussée.

La lutte contre les maladies transmissibles demandera une bonne coopération technique entre pays ainsi que des efforts organisés pour renforcer l'autosuffisance nationale par la coordination des efforts de recherche, la formation du personnel, la surveillance et la lutte contre les vecteurs. Il faut espérer qu'en 1984-1985, l'OMS accordera l'attention voulue à l'approche coopérative, réorientant ses programmes à cette fin. Il ne sert plus à rien que les pays essaient de résoudre de façon indépendante leurs problèmes de maladies transmissibles. Ils doivent s'aider les uns les autres, avec l'assistance de l'OMS, pour garantir une utilisation maximale des moyens techniques et financiers.

Le Dr Sidhu approuve les propositions d'affectation de crédits à la section de la résolution portant ouverture de crédits et espère que nul ne tentera de procéder à des réductions; bien au contraire, il faudrait accroître les allocations.

Le Dr NYAYWA (Zambie) précise que les activités de vaccination (programme 13.1) dans son pays se poursuivent suivant le calendrier. La couverture est d'environ 55 %-70 % pour le BCG et 66 % pour la rougeole. La Zambie est très reconnaissante de l'aide fournie par l'OMS et le FISE pour la formation du personnel de niveau supérieur et intermédiaire ainsi que des travailleurs à la périphérie (2000 de ces derniers ont été formés jusqu'à présent). Le principal problème est la chaîne du froid, mais il faut espérer que, grâce au programme de deux ans SIDA/FISE/OMS qui a débuté en 1983, la situation va s'améliorer. La Zambie se félicite de l'objectif fixé par l'OMS, à savoir promouvoir l'autosuffisance régionale pour la production et le contrôle de la qualité des vaccins, et elle souhaite collaborer à cette action.

On note une recrudescence du paludisme en Zambie comme dans d'autres pays en développement et il faut trouver de toute urgence une solution concrète à ce problème, dû entre autres à l'aggravation de la crise économique, au manque de devises et à l'accroissement du coût des médicaments et des pesticides, qui a entraîné une réduction des activités préventives, prophylactiques et thérapeutiques.

De nombreux pays en développement donnent la priorité à des projets de développement tels qu'irrigation et construction de barrages. L'OMS doit collaborer étroitement avec les organismes qui participent à ces projets, par exemple PNUD et Banque mondiale, pour veiller à ce que soient intégrés des programmes de prévention du paludisme et de la schistosomiase. Sinon, minces seront les chances d'atteindre l'objectif fixé pour 1989 - une morbidité paludéenne inférieure à 1 %.

Le Dr Nyaywa se demande si l'OMS pourrait, sur le modèle du FISE qui achète des vaccins pour le programme élargi de vaccination, mettre sur pied un projet pour la livraison de médicaments antipaludiques et de pesticides sur la base d'"achats remboursables". Ce projet s'est révélé très utile pour le programme élargi, en particulier pour les pays comme le sien qui ont des problèmes de devises.

Le Dr Nyaywa appuie le programme 13.4 relatif aux maladies parasitaires ainsi que le plan d'action esquissé. Une étroite coopération devra s'instaurer entre les services de l'eau et de l'assainissement et le secteur de la santé.

S'agissant de la recherche sur les maladies tropicales (programme 13.5), le Gouvernement zambien collabore étroitement avec l'OMS et avec le centre collaborateur OMS installé dans le pays. Il faut se féliciter de l'accent mis dans le programme sur le renforcement des institutions.

La lutte contre les maladies diarrhéiques (programme 13.6) est très importante et le Dr Nyaywa appuie le plan d'action proposé. La Zambie désire également collaborer avec l'OMS à ce programme.

Le Dr Nyaywa appuie sans réserve le programme 13.7 sur les infections respiratoires aiguës et tient à remercier l'OMS au nom de son pays pour l'aide reçue dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. Etant donné la recrudescence de cette maladie, l'accroissement de l'allocation budgétaire pour la Région africaine - qui est passée de US \$62 300 en 1982-1983 à US \$180 000 en 1984-1985 - est sans doute insuffisante.

Le Dr Nyaywa appuie les objectifs et le plan d'action envisagés contre la lèpre (programme 13.9). La Zambie intègre actuellement dans les soins de santé primaires les activités de lutte antituberculeuse et antilépreuse.

La Zambie collabore avec le Botswana, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Swaziland, le Zimbabwe et la République-Unie de Tanzanie à des activités de lutte contre les zoonoses (programme 13.10). Le Dr Nyaywa appuie ce programme, tout comme ceux qui ont trait à la cécité (programme 13.14) et aux maladies cardio-vasculaires (programme 13.16), lesquelles sont en augmentation dans son pays.

La séance est levée à 11 h 20.

= = =