



TRENTE-SEPTIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE

COMMISSION A

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA SIXIEME SEANCE

Palais des Nations, Genève  
Lundi 14 mai 1984, 14 h 30

PRESIDENT : Dr K. AL-AJLOUNI (Jordanie)

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : Rapport sur la surveillance des progrès réalisés dans l'exécution des stratégies de la santé pour tous (suite) .....	2
2. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (Rapport de situation et d'évaluation; et mesure dans laquelle est mis en oeuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel) (suite) .....	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<sup>er</sup> juillet 1984.

Le texte définitif sera publié ultérieurement dans : Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé : Procès-verbaux des commissions (document WHA37/1984/REC/3).

## SIXIEME SEANCE

Lundi 14 mai 1984, 14 h 30

Président : Dr AL-AJLOUNI (Jordanie)

1. STRATEGIE MONDIALE DE LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 : RAPPORT SUR LA SURVEILLANCE DES PROGRES REALISES DANS L'EXECUTION DES STRATEGIES DE LA SANTE POUR TOUS : Point 19 de l'ordre du jour (résolutions WHA34.36, WHA35.23; WHA36.34 et EB73.R3; documents EB73/1984/REC/1, annexe 1, A37/4, A37/5 et A37/INF.DOC./6) (suite)

Surveillance des progrès réalisés dans l'exécution des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000

Le PRESIDENT déclare que lors de la discussion, pendant la séance précédente, sur le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB73.R6, une certaine confusion s'est produite au sujet des propositions d'amendements. Entre-temps, plusieurs délégations intéressées ont constitué un groupe de travail informel et ont abouti à un accord sur certains de ces amendements. Le texte préparé sera distribué et le projet de résolution sera examiné ultérieurement.

Le Dr RAY (Secrétaire) lit un amendement proposé par la délégation égyptienne, consistant à insérer dans le paragraphe 4 du dispositif un nouveau sous-paragraphe libellé comme suit : "de prendre des dispositions pour passer en revue les indicateurs mondiaux et mettre au point des instruments de mesure pratiques pour ces indicateurs, afin d'aider les Etats Membres à surveiller les progrès qu'ils accomplissent dans la réalisation des objectifs de la Stratégie."

Dimension spirituelle de la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000

Le Dr AL-AWADI (Koweït) présente le projet de résolution suivant au nom des délégations de Bahreïn, des Emirats arabes unis, de l'Iraq, du Koweït et de l'Oman :

La Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur la dimension spirituelle de la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000<sup>1</sup> et la recommandation formulée par le Conseil exécutif à ce sujet dans la résolution EB73.R3;

Reconnaissant que la dimension spirituelle suppose un phénomène qui n'est pas de nature matérielle mais appartient au monde des idées, croyances, valeurs et notions morales qui ont pris naissance dans l'esprit et la conscience d'êtres humains, en particulier dans ce qu'elles ont d'ennoblissant;

1. REMERCIE le Directeur général de son rapport et le Conseil exécutif de sa recommandation;
2. FAIT SIENNES les réflexions contenues dans le rapport;
3. NOTE que des idées ennoblissantes ont donné naissance à des idéaux de santé qui, à leur tour, ont débouché dans la pratique sur une stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, stratégie visant à la réalisation d'un objectif qui a une composante matérielle et une composante non matérielle;
4. RECONNAIT que, si la composante matérielle peut être donnée, il n'en est pas de même pour la composante non matérielle ou spirituelle, car il s'agit de quelque chose qui doit éclore dans le coeur des individus et des communautés, en accord avec leurs caractéristiques sociales et culturelles;
5. ESTIME que la réalisation des idéaux de santé qui constituent la base morale de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 contribuera à son tour au sentiment de bien-être des individus;
6. RECONNAIT que la dimension spirituelle contribue grandement à donner aux individus la motivation nécessaire pour se réaliser pleinement dans tous les domaines de la vie;

<sup>1</sup> Document EB73/1984/REC/1, annexe 1.

7. AFFIRME en conséquence que les idées ennoblissantes de l'homme ont non seulement stimulé l'action sanitaire dans le monde entier, mais aussi conféré une dimension spirituelle à la santé telle qu'elle est définie dans la Constitution de l'OMS;

8. INVITE les Etats Membres à envisager d'inclure dans leur stratégie de la santé pour tous une dimension spirituelle telle qu'elle est définie dans la présente résolution, en accord avec leurs caractéristiques sociales et culturelles;

9. PRIE le Directeur général de continuer à étudier le rôle moteur de la dimension spirituelle dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le Dr AL-AWADI (Koweït) rappelle que la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, après en avoir débattu, a transmis la question au Conseil exécutif, et que le Directeur général a préparé un rapport sur le sujet (annexe 1 au document EB73/1984/REC/1). Certaines délégations semblent penser que l'expression "dimension spirituelle" concerne l'aspect théologique; cependant, le Directeur général a expliqué la question de façon claire et exhaustive. Les sociétés ne peuvent mener correctement leurs affaires qu'en se conformant à leurs valeurs, à leurs coutumes et à leurs croyances traditionnelles. La dimension spirituelle, c'est ce qui distingue les actions de l'homme des réactions instinctives de l'animal. Ce qu'il faut, c'est que chaque individu soit non seulement capable de déceler cette dimension, mais aussi qu'il y croie, pour que la Stratégie de la santé pour tous devienne partie intégrante de la vie quotidienne de chaque famille, dans le travail et dans le jeu, à la maison comme dans la rue.

Tout objectif contient un élément matériel et un élément non matériel, et ce dernier ne peut se réaliser que grâce à un acte de foi, entièrement orienté en fonction des valeurs traditionnelles de la société. Le projet de résolution réaffirme les idées exposées dans le rapport du Directeur général, énumérant de façon claire tous les éléments distincts qui contribuent à constituer la dimension spirituelle et évoquant la définition de la santé donnée dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. L'essentiel de la résolution est contenu dans le paragraphe 8 du dispositif, invitant les Etats Membres à inclure une dimension spirituelle dans leurs stratégies de la santé pour tous, de manière à prévenir toute contradiction entre les valeurs sociales et les principes de la santé pour tous. Le Dr Al-Awadi invite instamment toutes les délégations à appuyer le projet de résolution, et en particulier celles des pays en développement, car ces derniers sont ceux qui possèdent encore un trésor de valeurs non matérielles, qu'il ne faut ni gaspiller ni dissiper.

Le Dr SAVEL'EV (Union des Républiques socialistes soviétiques) rappelle que la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné la question de la dimension spirituelle, l'a transmise au Conseil exécutif. Celui-ci, à sa soixante-treizième session, a soigneusement examiné le rapport préparé par le Directeur général et adopté la résolution EB73.R3, recommandant à l'actuelle Assemblée de la Santé de prendre note des conclusions du Conseil. Tout en reconnaissant que les aspects moral, éthique et social et les traditions culturelles sont très importants pour la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale, le Dr Savel'ev ne peut pas accepter le concept de dimension spirituelle tel qu'il est défini, pour les raisons qu'il a exposées en détail à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. Etant donné que le Conseil exécutif a déjà achevé l'examen de la question, l'Assemblée de la Santé ne saurait demander au Directeur général d'entreprendre une nouvelle étude. Les délégués pourraient envisager de n'adopter que le premier paragraphe du préambule et le paragraphe 1 du dispositif du projet de résolution.

Le Dr BISHT (Inde) rappelle que l'idée d'ajouter une dimension nouvelle à la définition de la santé a été tout d'abord discutée par le Conseil exécutif en 1978, parce qu'on avait le sentiment que les dimensions physique, mentale et sociale à elles seules étaient insuffisantes. Lui-même a souligné à l'époque qu'à une meute de loups, même physiquement vigoureux, mentalement alertes, et socialement bien unis, il manquerait toujours quelque chose, le quelque chose qui distingue les loups des êtres humains. Le concept de santé devant transcender celui de la simple santé animale, le Dr Bisht a alors suggéré que la différence pourrait être définie par l'existence supposée d'un facteur X, élément essentiel de la santé de l'individu, de la communauté et de l'Etat, et peut-être de la santé de tout le genre humain.

A la demande du CCRM de la Région de l'Asie du Sud-Est, l'Inde a préparé un document de fond sur le sujet, concluant entre autres à la nécessité de poursuivre l'effort de recherche concernant la dimension spirituelle. L'insatisfaction au sujet de l'état de choses actuel fournit la stimulation nécessaire pour développer une société où tous les individus auraient la possibilité de jouir de ce que l'on appelle communément la qualité de vie. D'autre part, comme

l'a dit Socrate, le premier pas vers la connaissance est de savoir qu'on ne sait rien. Peut-être ne savons-nous rien de la dimension spirituelle, mais on ne peut pas dire que la dimension spirituelle n'existe pas, aussi vaut-il la peine de chercher à la découvrir. La clé de la santé dans toutes les communautés à travers le monde pourrait être trouvée dans la prise en compte de ce facteur - que l'on exprimerait mieux peut-être par les mots "du coeur pour tous", en prenant le mot "coeur" non pas dans son sens anatomique, mais au sens littéraire, comme signifiant le centre de l'être.

Le Dr IVANOV (Bulgarie) dit que la question de la dimension spirituelle dans la Stratégie mondiale a été discutée à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et, à la suite de la décision prise par l'Assemblée, de nouveau discutée par le Conseil exécutif à sa soixante-treizième session. Sa délégation fait entièrement sienne la décision prise par le Conseil exécutif sur la question, aussi soutient-elle l'amendement proposé par le délégué de l'URSS.

Le Dr KLIVAROVA (Tchécoslovaquie) déclare que sa délégation, qui a participé aux discussions sur la dimension spirituelle à la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, approuve les vues exposées dans le rapport du Directeur général ainsi que la recommandation du Conseil exécutif. La question a déjà été adéquatement couverte, et il n'est donc pas besoin que le Directeur général ou le Secrétariat s'en occupent davantage. Ainsi, en tout état de cause, le paragraphe 9 du dispositif du projet de résolution devrait être supprimé.

Le Professeur SZCZERBAN (Pologne) estime lui aussi qu'il faudrait supprimer le paragraphe 9 du dispositif. Puisque la question a déjà été examinée, et compte tenu de la recommandation du Conseil exécutif, une étude plus poussée n'est pas nécessaire.

Le Dr AL-AWADI (Koweït) craint que les délégués n'aient étudié avec une attention suffisante ni les délibérations de la soixante-treizième session du Conseil exécutif, ni le rapport du Directeur général, et cite la conclusion de ce rapport (paragraphe 16). Le Conseil exécutif a fait siennes les vues exposées par le Directeur général.

Il y a peut-être un certain malentendu quant à l'expression "dimension spirituelle". Il est important de faire une distinction entre dimension spirituelle et dimension religieuse. Comme l'a dit le délégué de l'Inde, quelle que soit l'idéologie que l'on professe, la dimension spirituelle affecte tout être humain en tant que partie intégrante de toute sa vie. C'est l'unique dimension qui distingue l'homme de l'animal. Si l'on veut préserver les valeurs et réaliser la santé pour tous, il faut sauvegarder la dimension spirituelle. Le projet de résolution proposé s'accorde avec les conclusions du Directeur général, aussi le Dr Al-Awadi invite-t-il les délégués à l'appuyer pleinement. La plupart des pays reconnaissent la valeur de la dimension spirituelle. Cependant, à son avis, la question n'a pas encore été correctement étudiée, et il subsiste une confusion avec la dimension religieuse, qui est en fait une composante de la dimension spirituelle. Aussi faut-il prier le Directeur général d'aider les Etats Membres à intégrer la dimension spirituelle dans leurs stratégies de la santé pour tous.

Le Dr LARIVIERE (Canada) félicite le précédent orateur pour la manière dont il a su transmettre le message contenu dans le rapport du Directeur général. Sa délégation appuie beaucoup des idées que contient le projet de résolution. L'OMS s'oriente vers une inclusion de la dimension spirituelle dans les considérations ayant trait à la santé. Le délégué de l'Inde a rappelé qu'il ne s'agit pas d'un concept nouveau pour l'OMS; en fait, ce concept ne se limite pas à l'OMS et, dans l'ordre du jour de la récente réunion du Conseil d'administration du FISE, figurait un point concernant les aspects psychosociaux du développement de l'enfant. Les considérations psychosociales impliquent que les êtres humains sont des créatures spirituelles et aimantes. La dimension spirituelle est implicitement contenue dans le terme "soins" quand on parle des agents de soins de santé et des services de soins de santé. Toutefois, il ne faut pas que la dimension spirituelle dans la stratégie mondiale devienne un nouveau programme de recherche de l'OMS; ce devrait être, plutôt, un concept à ne pas perdre de vue lors de l'élaboration et de la mise en oeuvre des programmes sanitaires.

La proposition du délégué de l'URSS tendant à supprimer la totalité du projet de résolution, à part le premier paragraphe de son préambule et le paragraphe 1 de son dispositif, a été rejetée par 19 voix contre 10, avec 60 abstentions.

La proposition du délégué de la Tchécoslovaquie tendant à supprimer le paragraphe 9 du dispositif du projet de résolution a été adoptée par 28 voix contre 19, avec 31 abstentions.

Le projet de résolution ainsi amendé a été adopté par 55 voix, sans opposition, avec 31 abstentions.

Plan de base sur les priorités de l'action de santé en Amérique centrale et au Panama

Le Dr GARCIA GARCIA (Panama) présente le projet de résolution ci-après au nom des délégations suivantes : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equateur, Espagne, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela :

La Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Informée de l'initiative des gouvernements des pays de l'Amérique centrale et du Panama qu'expose le plan de base sur les priorités de l'action de santé dans cette sous-région, élaboré conjointement par ces pays qui se sont mutuellement engagés à en assurer l'exécution;

Considérant l'importance particulière de cette initiative pour le développement social et la solution des problèmes de santé, ainsi que pour l'entente, la solidarité et la paix entre les peuples de l'Amérique centrale et du Panama à un moment particulièrement difficile de leur histoire;

Notant que cette initiative est conforme aux principes de solidarité et de coopération qui régissent l'action engagée par l'OMS pour atteindre l'objectif de la "Santé pour tous";

1. FELICITE de leur initiative les gouvernements des pays de l'Amérique centrale et du Panama;
2. EXPRIME son plein appui à cette initiative et aux mesures requises pour sa bonne exécution;
3. RECOMMANDE aux Etats Membres de l'OMS d'apporter à cette initiative un soutien efficace dans toute la mesure de leurs possibilités;
4. RECOMMANDE au Directeur général de prendre les mesures voulues et de rechercher tous les moyens de soutenir l'exécution des activités visant à assurer le succès de l'initiative;
5. PRIE le Directeur général de faire rapport sur la question à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr Garcia Garcia rappelle qu'à la cinquième séance plénière, le Ministre de la Santé du Panama a informé l'Assemblée de la Santé que les pays de l'Isthme d'Amérique centrale espèrent assurer la paix grâce à un plan de santé, source et instrument de paix; on espère que l'exécution de ce plan renforcera les efforts du groupe Contadora visant à assurer le bien-être des populations de la région. Le Dr Garcia Garcia exprime l'espoir que toutes les délégations voteront en faveur du projet de résolution.

Le Dr LARIVIERE (Canada) et Mlle BELMONT (Etats-Unis d'Amérique) déclarent que leur délégation souhaite s'associer aux coauteurs du projet de résolution.

Le Dr JAW CHONG (Suriname) dit que sa délégation appuie sans réserve le projet de résolution.

Le projet de résolution est approuvé.

Santé pour tous d'ici l'an 2000

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution suivant, présenté par les délégations de l'Afghanistan, de l'Inde, du Mozambique, de la République populaire démocratique de Corée et de la Yougoslavie :

La Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant avec satisfaction les décisions d'un groupe d'Etats Membres - les pays non alignés et autres pays en développement - concernant la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000;<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Document A37/INF.DOC./6.

Soulignant l'importance des décisions adoptées par les pays non alignés et autres pays en développement dans leurs résolutions sur :

- i) la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000;
- ii) la coopération technique entre pays en développement pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

1. FELICITE les pays non alignés et autres pays en développement de maintenir leur engagement politique et de poursuivre leurs efforts énergiques pour atteindre l'objectif de la santé pour tous;
2. PRIE le Directeur général de continuer de mobiliser un soutien en faveur de ces pays et d'autres Etats Membres, tant pour la mise en oeuvre de leur stratégie d'instauration de la santé pour tous que pour la coopération technique entre eux, et de signaler périodiquement les progrès réalisés à cet égard dans ses rapports annuels à l'Assemblée de la Santé.

Le projet de résolution est approuvé.

La coopération technique entre pays en développement à l'appui de l'objectif de la santé pour tous

Mlle ILIC (Yougoslavie) présente le projet de résolution ci-après, au nom des délégations suivantes : Afghanistan, Algérie, Angola, Argentine, Bangladesh, Cap-Vert, Chine, Chypre, Cuba, Egypte, Guyana, Inde, Indonésie, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Malte, Mozambique, Pakistan, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, Sri Lanka, Suriname, Thaïlande, Tunisie, Yougoslavie et Zambie :

La Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Réaffirmant sa conviction que la coopération technique entre pays en développement (CTPD) constitue un véhicule important pour le développement sanitaire et l'application des stratégies sanitaires nationales;

Ayant présentes à l'esprit les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies qui encouragent la coopération technique entre pays en développement et l'approbation, par cette même Assemblée générale, de la déclaration et du plan d'action de la Conférence de Buenos Aires sur la CTPD tenue en 1978;

Rappelant la résolution WHA30.43 dans laquelle elle lance un appel à tous les pays pour qu'ils collaborent à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et la résolution WHA32.30 dans laquelle elle souscrit à la Déclaration de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires;

Considérant la résolution WHA31.41 dans laquelle elle invite instamment les pays en développement à renforcer la coopération technique entre eux et à collaborer activement avec l'OMS à la promotion de ces activités;

Notant sa résolution WHA35.24 dans laquelle elle félicite les pays non alignés et autres pays en développement de l'expression de leur engagement politique à l'égard de l'objectif de la santé pour tous;

Notant en outre avec satisfaction l'adoption par les Ministres de la Santé des pays non alignés et d'autres pays en développement d'un programme à moyen terme pour la CTPD en vue de la santé pour tous (1984-1989) et d'un plan d'action initial pour la CTPD en vue de la santé pour tous (1984-1985) qui constituent une contribution des pays en développement à la mise en oeuvre du septième programme général de travail,

1. SE FELICITE du lancement par les pays non alignés et d'autres pays en développement du programme à moyen terme (1984-1989) et du plan d'action initial (1984-1985), convaincue que ces initiatives contribueront à renforcer l'exécution des stratégies sanitaires nationales;
2. LANCE UN APPEL à tous les Etats Membres pour qu'ils appuient, dans toute la mesure possible, ce programme et ce plan d'action ainsi que tous les autres programmes et activités pertinents basés sur la CTPD et pour qu'ils utilisent au mieux les ressources de l'OMS, notamment au niveau des pays, en vue d'exécuter les activités de CTPD;
3. INVITE tout particulièrement les pays développés à offrir aux pays en développement, notamment aux moins développés d'entre eux, une coopération technique et des ressources financières par des voies bilatérales et multilatérales, y compris l'OMS, pour les aider à mener à bien ces activités;

4. SOULIGNE à cet égard l'importance d'un renforcement de la coopération multilatérale institutionnalisée dans le cadre des priorités fixées par les pays en développement, y compris la coopération entre ces pays;

5. PRIE le Directeur général de soutenir ces programmes en utilisant les moyens techniques et financiers dont il dispose et de mobiliser un appui technique et financier pour le programme à moyen terme, le plan d'action initial et autres programmes et activités de CTPD en renforçant la coopération avec les autres composantes du système des Nations Unies et avec d'autres organisations internationales.

Les coauteurs désirent apporter une rectification technique à la fin du troisième paragraphe du préambule qui devrait être libellé comme suit : "la Déclaration de la Conférence internationale OMS/FISE sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Alma-Ata". Ne voyant aucune objection à ce texte, ils espèrent qu'il sera approuvé sans vote.

Le Dr OLIVER (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) pense que le paragraphe 3 du dispositif tel qu'il est rédigé donne l'impression que les pays développés ne coopèrent pas actuellement avec les pays en développement. Il propose que les mots "continuer d'" soient insérés entre les mots "pays développés à" et "offrir".

D'autre part, sa délégation ne comprend pas la signification des termes "coopération multilatérale institutionnalisée" dans le paragraphe 4 du dispositif.

Mlle ILIC (Yougoslavie) déclare que les coauteurs peuvent accepter l'amendement au paragraphe 3 du dispositif proposé par le délégué du Royaume-Uni.

"La coopération multilatérale institutionnalisée" signifie la coopération par le biais des canaux établis tels que l'OMS et les autres organisations du système des Nations Unies.

Le projet de résolution ainsi amendé est approuvé.

Surveillance des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (suite)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur le texte du projet de résolution dûment amendé selon les propositions exprimées à la séance précédente, et qui est ainsi libellé :

La Trente-Septième Assemblée mondiale de la Santé,  
Réaffirmant les résolutions WHA30.43, WHA34.36 et WHA35.23 concernant la politique, la stratégie et le plan d'action axés sur l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

Rappelant la résolution WHA33.17 par laquelle l'Assemblée de la Santé décidait de centrer les activités de l'Organisation sur le soutien des stratégies visant à atteindre cet objectif;

Notant que la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 est intimement liée au développement socio-économique, à l'engagement en faveur de la paix dans le monde et au maintien de celle-ci;

Reconnaissant que tous les pays sont décidés à contribuer pleinement à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous par le renforcement de l'autoresponsabilité individuelle et collective dont la coopération technique entre pays en développement constitue un élément essentiel;

Consciente de l'importante contribution que la coopération entre tous les pays et l'appui des pays développés et des organisations internationales, y compris les principes d'un nouvel ordre économique international, peuvent apporter en vue d'une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles;

Reconnaissant que la surveillance et l'évaluation sont des éléments fondamentaux du processus gestionnaire requis pour la mise en oeuvre des stratégies, et que l'engagement des Etats Membres, leur courage et leur esprit de confiance mutuelle sont indispensables à la mise en oeuvre effective de la stratégie de la santé pour tous;

Considérant que les trois quarts seulement des Etats Membres ont soumis des rapports de situation en temps voulu sur la mise en oeuvre de leur stratégie nationale;

Prenant acte des progrès réalisés jusqu'ici dans la mise en oeuvre de la stratégie, mais consciente également de l'ampleur de la tâche et du temps relativement bref dont on dispose encore pour réaliser l'objectif, fixé collectivement, de la santé pour tous d'ici l'an 2000;

1. DEMANDE INSTAMMENT aux Etats Membres :

- 1) d'accélérer la réorientation et les modifications des systèmes de santé destinées à favoriser les soins de santé primaires, de renforcer encore la capacité gestionnaire de leur système de santé, y compris la production, l'analyse et l'utilisation des informations requises, et de mettre l'accent sur la formation continue des personnels de santé pour étayer leur processus de gestion sanitaire;
- 2) d'accorder le plus haut rang de priorité à la poursuite de la surveillance et de l'évaluation de leur stratégie et d'en assumer l'entière responsabilité, tant individuellement dans le cadre de leur processus gestionnaire pour le développement sanitaire national que collectivement dans un esprit de confiance mutuelle, afin de déterminer conjointement les facteurs qui contribuent à la mise en oeuvre de la stratégie ou qui y font obstacle;
- 3) d'affiner, et si nécessaire d'actualiser, leurs stratégie et plan d'action nationaux de la santé pour tous, en les assortissant d'objectifs et de buts clairement définis et en prévoyant l'allocation de ressources appropriées, et d'appliquer les mesures correctives nécessaires pour accélérer le rythme de la mise en oeuvre de leur stratégie nationale;
- 4) de promouvoir les approches multisectorielles et leurs liaisons, si importantes pour l'instauration de la santé pour tous;
- 5) de prêter attention à la planification et à l'évaluation de programmes de développement des personnels de santé conformes aux besoins de leur système de santé;
- 6) d'intensifier les efforts entrepris pour mobiliser des ressources nationales et extérieures à l'appui des activités essentielles pour la mise en oeuvre des stratégies, en veillant à ce que ces ressources soient convenablement dirigées vers les groupes sous-desservis et socialement ou géographiquement défavorisés;
- 7) de faire un usage optimal des ressources de l'OMS en les consacrant aux principales activités requises pour mettre en oeuvre, surveiller et évaluer la stratégie nationale;
- 8) d'envisager l'opportunité d'adopter une législation sanitaire intégrant les principes de base de la santé pour tous;

2. PRIE INSTAMMENT les comités régionaux :

- 1) d'accorder une attention accrue à l'examen et à l'analyse des conclusions de la surveillance et de l'évaluation des stratégies nationales par les Etats Membres de la Région;
- 2) de recenser les facteurs et problèmes qui facilitent ou entravent la mise en oeuvre des stratégies nationales dans la Région et de favoriser les mesures propres à susciter des facteurs favorables et à résoudre les problèmes;
- 3) de souligner l'importance de la coopération mutuelle entre Etats Membres dans cette démarche;
- 4) d'effectuer une première évaluation de la stratégie régionale en 1985, conformément au plan d'action établi pour mettre en oeuvre la stratégie mondiale de la santé pour tous;

3. PRIE le Conseil exécutif :

- 1) de continuer à surveiller activement les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale, en déterminant les problèmes et secteurs qui appellent des mesures individuelles et collectives de la part des Etats Membres;
- 2) de participer activement aux efforts de l'Organisation pour soutenir les Etats Membres dans la mise en oeuvre des stratégies nationales ainsi que dans les activités de surveillance et d'évaluation;
- 3) d'effectuer une première évaluation en bonne et due forme de la stratégie mondiale et de soumettre son rapport sur cette évaluation à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1986, conformément au plan d'action;

4. PRIE le Directeur général :

- 1) de concentrer davantage les ressources de l'Organisation sur l'accélération et l'amélioration de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous;



- 2) de veiller à ce qu'un appui intensif, approprié et finalisé soit fourni aux Etats Membres pour mettre en oeuvre, surveiller et évaluer la stratégie, notamment dans les pays qui en ont le plus besoin et qui y sont prêts;
- 3) d'engager les pays développés à fournir d'urgence un soutien technique et économique approprié aux pays en développement sur une base bilatérale ou par le truchement de l'OMS, d'autres institutions des Nations Unies et d'organisations internationales;
- 4) d'intensifier la coopération technique avec les Etats Membres en vue de renforcer leur capacité gestionnaire, y compris la surveillance et l'évaluation ainsi que la production, l'analyse et l'utilisation de toutes les informations utiles;
- 5) de prendre des dispositions pour passer en revue les indicateurs mondiaux et mettre au point des instruments de mesure pratiques pour ces indicateurs, afin d'aider les Etats Membres à surveiller les progrès qu'ils accomplissent dans la réalisation des objectifs de la stratégie.
- 6) de renforcer encore la collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec les autres organisations intergouvernementales, non gouvernementales et bénévoles dans leurs domaines de compétence respectifs pour fournir aux pays l'appui technique et financier requis en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous.

Le projet de résolution ainsi amendé est approuvé.

2. LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT (RAPPORT DE SITUATION ET D'EVALUATION; ET MESURE DANS LAQUELLE EST MIS EN OEUVRE LE CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL) : Point 20 de l'ordre du jour (résolutions WHA33.32 et WHA34.22; documents WHA34/1981/REC/1, annexe 3, article 11.7 du Code, et A37/6) (suite)

Le Dr ELIAS (Hongrie) estime que l'on ne saurait trop souligner l'importance d'une nutrition adéquate du nourrisson et du jeune enfant dans les efforts déployés en vue d'instaurer la santé pour tous. Bien que la sous-alimentation et la famine soient pratiquement inconnues en Hongrie, la malnutrition reste un problème de santé publique majeur. Les retards de croissance imputables à diverses causes posent également de plus en plus de problèmes.

En raison des anémies qui surviennent chez le nourrisson et le jeune enfant, les femmes enceintes ont été soumises à un dépistage minutieux, ainsi que les nourrissons et les jeunes enfants eux-mêmes. Le cas échéant, des changements de régime alimentaire ont été apportés et des préparations pharmaceutiques ont été administrées sous contrôle médical.

Le Gouvernement hongrois lutte contre la carence en iode depuis des dizaines d'années, avec un certain succès. Le dépistage du goitre se fait régulièrement dans les écoles et, selon les résultats, on recense les régions où la consommation de sel iodé est préconisée. En 1983, un programme de dépistage de l'insuffisance thyroïdienne congénitale chez les nourrissons et les jeunes enfants a été mis en place.

Plusieurs instituts nationaux ont constitué des équipes chargées du dépistage et du traitement précoces des maladies et des retards de croissance causés par une mauvaise assimilation. Des produits alimentaires spéciaux et une aide financière ont été proposés aux familles touchées.

L'avitaminose A est courante en Hongrie mais elle est le plus souvent imputable à une maladie et non à la malnutrition.

Un programme important vise à intégrer les enfants atteints de maladies systémiques à des groupes d'enfants normaux et à leur permettre ainsi de vivre comme tous les autres enfants en bonne santé. Des activités de groupe et des vacances sont organisées et, dans la mesure du possible, ces enfants fréquentent les mêmes écoles que les autres. On les aide ainsi à mieux surmonter leur handicap social.

L'allaitement au sein est encouragé par les organisations professionnelles et non professionnelles compétentes et les groupes communautaires. Les résultats ne sont pas spectaculaires : la proportion de nourrissons de plus de quatre mois nourris au lait maternel est passée de 31 % en 1977 à 39 % en 1983. Aucun effort n'a été épargné dans l'enseignement scolaire pour expliquer l'importance de l'allaitement au sein aux enfants dès leur plus jeune âge. Les études de médecine et les études paramédicales mettent de plus en plus l'accent sur l'allaitement au sein et décrivent des méthodes de promotion. Les dispositions des résolutions WHA33.32 et WHA34.22 sur la commercialisation des substituts du lait maternel ont été appliquées. On peut se procurer

les substituts du lait maternel, y compris les préparations fabriquées en Hongrie, sur ordonnance médicale et gratuitement. En ce qui concerne les produits destinés aux enfants plus âgés, l'étiquette doit préciser que le produit n'est pas un substitut du lait maternel. La qualité des substituts du lait maternel fabriqués en Hongrie est conforme aux normes internationales prônées par l'OMS.

La Hongrie souscrit entièrement aux efforts de l'OMS pour améliorer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et le Gouvernement hongrois fournit toute l'aide possible aux pays qui la lui demandent.

Le Dr NJIE (Gambie) déclare que l'allaitement au sein est de loin la pratique la plus courante en Gambie. Cependant, il n'y a pas lieu de se réjouir, car déjà, les mères des zones urbaines qui travaillent ont tendance à l'abandonner.

La promotion de l'allaitement au sein est souhaitable mais doit être effectuée avec prudence afin de ne pas désorienter les mères. Des études scientifiques ont montré que l'allaitement au sein seul ne suffit pas à la croissance de l'enfant après le troisième ou quatrième mois, comme la plupart des mères le savent bien. Le problème ne tient pas tant à l'introduction d'aliments de sevrage mais à leur qualité et au type d'aliments proposé. En Gambie, l'expérience a montré que la valeur nutritionnelle des aliments de sevrage utilisés laissait beaucoup à désirer et qu'ils étaient souvent des véhicules d'infection responsables de gastro-entérites. Un système de surveillance de la croissance des enfants fonctionne depuis plusieurs années, mais une évaluation récente a mis en lumière des lacunes importantes. En effet, dans les services de santé maternelle et infantile, l'enregistrement des nouveau-nés était de 90 % mais, bien que les enfants aient été pesés régulièrement, les opérations se faisaient mécaniquement et des signes de malnutrition passaient inaperçus pendant des mois. Un projet de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance est en préparation, en coopération avec le Royaume-Uni; dans le cadre de celui-ci le personnel sera formé à vérifier que la surveillance de base se traduit bien par une intervention en temps opportun.

Malheureusement, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ne suffit pas à résoudre les problèmes de nutrition, qui présentent des aspects multiples et qui sont liés à d'autres facteurs sanitaires, sociaux et culturels.

La nutrition du nourrisson et du jeune enfant est étroitement liée à des problèmes d'infection, par exemple. Ainsi, dans le monde en développement, on peut dire qu'un enfant est malade pendant le tiers de la première année de sa vie. Il a également été établi que presque tous les cas de malnutrition sévère s'accompagnaient d'infections concomitantes, et notamment d'infections des voies respiratoires inférieures, de gastro-entérites et d'infections de la peau. La prévention de l'infection, par le biais de programmes comme le programme élargi de vaccination, ou les programmes de lutte antipaludique et de lutte contre les maladies diarrhéiques, permettrait d'améliorer considérablement la nutrition du nourrisson et du jeune enfant.

Le rôle des femmes dans les pays en développement est un autre aspect important du problème. Les femmes sont surmenées et fatiguées par la succession rapide des grossesses. Les travaux pénibles dévolus aux femmes dans les zones rurales en plus de leurs tâches domestiques les épuisent. A tel point qu'en Gambie, un programme d'alimentation de complément destiné aux femmes enceintes pendant le troisième trimestre de la grossesse ne s'est pas traduit par l'amélioration attendue de la santé des mères, bien que le poids à la naissance de leurs enfants et leurs capacités d'allaitement aient été accrus. Faute de mesures efficaces pour faciliter la tâche des femmes, le développement des enfants restera compromis.

Les catastrophes naturelles ou dues à l'homme continuent de freiner le développement économique de nombreuses parties du monde et la coopération entre pays développés et pays en développement a été le leitmotiv de nos débats. Cette coopération n'est pas moins importante dans le domaine de la nutrition infantile. Ainsi, la désertification du Sahel amène la faim dans des régions où elle était jusque-là inconnue et ceux qui en souffrent le plus sont toujours les enfants et les mères. Les programmes d'alimentation de complément, surtout, comme c'est souvent le cas, lorsqu'ils ne tiennent pas compte de l'autosuffisance nationale, ne remplacent pas une coopération intersectorielle soutenue.

Les problèmes évoqués ne sont que des exemples destinés à illustrer la complexité de la question. La recherche d'une solution passe par la coordination des programmes de santé et par une coopération entre les secteurs de la santé et les autres et entre pays développés et pays en développement. Le Dr Njie n'est pas loin de penser que la croissance et le développement des enfants, qui nécessitent un tel déploiement de stratégies, pourraient servir à mesurer l'efficacité de celles-ci au même titre que d'autres indicateurs de progrès. La croissance et le

développement des enfants sont en tout cas au coeur du problème et sont déterminants pour l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000.

Le Dr EL BERMAWI (Egypte) annonce que la délégation égyptienne souhaite figurer parmi les auteurs du projet de résolution sur la prévention de l'avitaminose A et de la xérophtalmie et leur traitement.

Il se déclare satisfait du rapport du Directeur général, qui fait état d'une diminution de 17 à 16 % du pourcentage estimatif mondial des nouveau-nés de poids insuffisant; il ne faut pas oublier cependant qu'en chiffres absolus, ce nombre est resté pratiquement le même et dépasse les 20 millions. En outre, ce chiffre ne doit pas masquer le fait que, pour un ensemble de pays dont la population totale représente près d'1 milliard d'habitants, le pourcentage de nouveau-nés de poids insuffisant reste inchangé et est très élevé, allant de 30 à 50 % des naissances vivantes.

Le rapport donne par ailleurs une vue d'ensemble des activités et des mesures prises pour encourager l'allaitement au sein, améliorer les pratiques de sevrage, renforcer l'éducation et l'information en matière de nutrition et développer les mesures d'appui destinées à améliorer la santé et la situation des femmes. Dans ce domaine, en Egypte, les fonctionnaires ont droit à un congé de maternité payé de trois mois après l'accouchement; une mère qui allaite a droit à une heure par jour sur son temps de travail pour allaiter, et ce pendant un an; enfin, les mères qui le demandent peuvent se voir accorder un congé de maternité sans solde de deux ans pour allaiter et s'occuper de leur enfant.

En ce qui concerne les carences nutritionnelles, l'adjonction d'iode au sel et l'introduction de conserves de poisson dans le régime alimentaire de la population dans les quelques régions où le goitre était endémique, jointes à un programme intensif d'éducation nutritionnelle, ont suffi à éliminer le problème.

Le Dr El Bermawi approuve entièrement la conclusion du rapport, mais il aimerait ajouter aux facteurs importants pour l'état nutritionnel des enfants, énumérés au paragraphe 222, la taille de la famille, le revenu familial, le niveau d'instruction des parents, la distribution des aliments à l'intérieur de la famille et les habitudes alimentaires et traditions locales. Il souhaiterait souligner, à propos du paragraphe 226, que les stratégies nationales doivent associer les efforts gouvernementaux et non gouvernementaux. Le secteur public doit couvrir des domaines aussi divers que la santé, l'agriculture, l'éducation, l'industrie alimentaire et l'importation de produits alimentaires, tandis que la participation de la communauté doit se faire par le biais d'associations bénévoles, d'organisations de femmes et de groupements de consommateurs. Tout cela doit reposer sur une collaboration intersectorielle efficace.

Le Dr El Bermawi rappelle que, dans l'introduction du projet de budget programme pour 1984-1985, il est dit que les besoins sociaux doivent dicter les priorités. Nul ne songe à nier que la malnutrition est et restera un facteur important de mortalité infantile; les nourrissons et les jeunes enfants qui survivent, s'ils souffrent de malnutrition, présentent des retards de croissance, une faible résistance aux infections et sont exposés à des risques environnementaux. Le rapport du Directeur général indique que les deux tiers des femmes enceintes et la moitié des femmes des pays en développement souffrent d'anémie nutritionnelle; cela revient à dire que près de 290 millions de femmes souffrent d'anémie nutritionnelle dans ces pays, dont la population, et donc les effectifs des groupes vulnérables, augmentent d'une manière constante. Or, en 1984-1985, l'enveloppe totale des programmes de nutrition est de 6,5 % inférieure à celle de la précédente période biennale (de 37 % dans la Région de la Méditerranée orientale). Si l'inflation se poursuit au taux actuel de 17,4 %, la diminution réelle du budget total sera de près de 24 %. La délégation égyptienne voulait soulever la question afin qu'il en soit tenu compte dans l'établissement du projet de budget pour 1986-1987.

Le Professeur <sup>N</sup>ORDONEZ CARCELLER (Cuba) déclare qu'au cours des 25 dernières années son gouvernement a mis en oeuvre des programmes nationaux comportant l'amélioration de la nutrition maternelle et infantile grâce à la promotion de l'allaitement maternel, à la surveillance de méthodes de sevrage appropriées, ainsi qu'à un développement de l'éducation pour la santé privilégiant la situation des femmes et une commercialisation rationnelle et appropriée des substituts du lait maternel. Ces programmes ont été étroitement intégrés aux soins de santé primaires qui, à Cuba, sont mis à la disposition de l'ensemble de la population.

Au cours de la seconde moitié de la précédente décennie, Cuba a mis en place un programme national de surveillance nutritionnelle pour les nourrissons et les jeunes enfants. En 1972, une étude nationale sur la croissance et le développement a été entreprise sur un échantillon

aléatoire de plus de 50 000 sujets âgés de 0 à 20 ans, avec enregistrement de 15 mesures anthropométriques, du développement sexuel et de la maturation des os. A la suite de cette étude, des normes nationales de croissance et de développement qui doivent être appliquées dans l'ensemble du pays ont été adoptées. L'étude a été répétée en 1982 et les données sont en cours de traitement et d'analyse. Cette étude, ainsi que le suivi jusqu'à l'âge de sept ans des recherches périnatales, et une étude plus récente sur les facteurs de risque pendant la gestation, jointes au programme de surveillance nutritionnelle et aux statistiques régulières du système national de santé ont permis au Gouvernement cubain de procéder à une analyse en profondeur de la situation nutritionnelle du pays.

L'étude nationale sur la croissance et le développement a montré qu'au cours des six premières années de la vie, les normes cubaines à l'égard du rapport poids-taille recoupaient les chiffres les plus récents fournis par le National Center for Health Statistics des Etats-Unis, retenus comme normes de référence par l'OMS. A Cuba, la mortalité infantile pour l'année 1983 a été de 16,8 pour 1000 naissances vivantes tandis que le taux correspondant pour les enfants âgés de 1 à 4 ans a été de 0,8 pour 1000. Les résultats du programme national de surveillance ont montré qu'au cours des deux dernières années la proportion des enfants de moins d'un an souffrant de sous-nutrition était de 4 %, selon la norme de Harvard. Bien que la malnutrition chez les enfants par déficit alimentaire appartienne au passé, la malnutrition par suralimentation et l'obésité affectent 9,8 % du même groupe d'âge dans l'ensemble du pays et a tendance à augmenter, avec toutes les répercussions que cela représente sur la santé à court et à long terme.

En ce qui concerne l'amélioration de la situation et de la santé des femmes, la protection des femmes enceintes au travail est garantie par la loi cubaine, ce qui représente une disposition importante quand on sait que 38,9 % de la population active est composée de femmes, lesquelles représentent également 53 % de la population active ayant des qualifications techniques. Outre le régime alimentaire spécial auquel ont droit les femmes enceintes, des évaluations effectuées par des organisations internationales ont montré que l'apport calorique moyen par tête est de 2855 calories, pour une consommation quotidienne de près de 80 g de protéines.

En ce qui concerne la commercialisation et la distribution des substituts du lait maternel, à Cuba leur production est entre les mains d'entreprises publiques à but non lucratif qui relèvent du Ministère du Ravitaillement. En conséquence, aucune publicité directe n'est faite auprès des médecins ou des membres de l'équipe de santé, pas plus qu'auprès des médias; il n'y a pas davantage de distribution d'échantillons gratuits aux mères en vue de promouvoir les ventes. Bref, aucun problème ne se pose à Cuba à l'égard de la mise en oeuvre du Code international adopté par l'OMS, car le régime s'oppose à toute tentative visant à réaliser des profits aux dépens de la santé des populations.

Pour conclure, il souhaite se référer aux projets d'avenir de Cuba. Le système de surveillance nutritionnelle sera amélioré dans ses structures. L'évolution de la situation socio-économique exige la recherche permanente d'indicateurs susceptibles de mieux refléter les problèmes inhérents à chaque phase du développement. On envisage d'inclure de nouveaux indicateurs tels que le poids et la taille des scolaires à sept et à douze ans, ainsi que ceux des adultes fréquentant les centres de soins primaires. On se préoccupera tout particulièrement des problèmes de l'obésité et de la nécessité de disposer de mesures plus spécifiques de l'adiposité, en tenant compte de la nécessité de disposer d'indicateurs à la fois simples et utilisables.

Un autre problème très important est celui qui consiste à adapter les résultats de l'étude nationale sur la croissance et le développement pour les utiliser comme normes de référence à des fins anthropométriques, en améliorant les données primaires au moyen de la formation et de l'encadrement du personnel et en accélérant l'analyse des données par l'informatisation afin de hâter la synthèse des informations et la rétroinformation des unités locales. Il est prévu de développer le système de surveillance, limité à l'heure actuelle au secteur de la santé, moyennant une approche intégrée destinée à englober les indicateurs du niveau de santé, et concernant la production, la transformation et la distribution des produits alimentaires. Les conditions préalables de ces activités existent déjà puisque le programme national de nutrition repose, aux niveaux municipal, provincial et national, sur les structures existantes du gouvernement populaire à ces niveaux; en outre, ce programme coordonne et informe tous les secteurs associés à la chaîne alimentaire et nutritionnelle, influençant les décisions de l'Etat et des collectivités depuis la distribution jusqu'à la consommation.

Le Dr WILLIAMS (Nigéria) félicite le Directeur général pour son rapport très complet. Les données concernant l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance dans les pays en développement sont un sujet de grave inquiétude. Au Nigéria, l'insuffisance pondérale du fœtus et l'insuffisance pondérale à la naissance demeurent des causes importantes de morti-naissance et de mortalité infantile au cours du premier mois de la vie. Beaucoup de pays en développement ne disposent pas des personnels qualifiés ou des moyens matériels qui leur permettraient de prodiguer les soins nécessaires aux enfants présentant un retard pondéral à la naissance. L'organisation d'une consultation prénatale digne de ce nom, qui est refusée à la plupart des mères des pays du tiers monde, diminuerait sensiblement l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance et de la morbidité et de la mortalité maternelles, tout en accroissant les chances de survie des nourrissons. Elle devrait privilégier les femmes disposant d'un faible revenu et défavorisées sur le plan social, tout en étant bien organisée et facilement accessible.

Il se félicite de la place réservée dans le rapport au lien qui existe entre les grossesses rapprochées et le retard pondéral à la naissance, et souligne l'importance de la planification familiale à cet égard, tout en accordant que cette dernière, souvent assimilée au contrôle de la population, pose un problème extrêmement délicat dans bien des pays africains. Il estime qu'elle devrait être encouragée plus énergiquement par l'Organisation en tant que moyen d'améliorer la santé maternelle et infantile et de garantir la survie du nourrisson et de l'enfant.

Le rôle dirigeant qui revient à l'Organisation en ce qui concerne la nutrition du nourrisson et du jeune enfant est largement reconnu. Le Gouvernement du Nigéria a soumis les importations de substituts du lait maternel à une réglementation spéciale, de manière à réduire les quantités importées et à mettre les quantités limitées disponibles sur le marché intérieur hors de portée économique du consommateur moyen. Il semblerait que la proportion des mères allaitantes recommence à augmenter. Il est vaincu que les mesures d'encouragement de l'allaitement maternel, jointes au programme de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, se traduiront par une diminution sensible des maladies diarrhéiques qui restent la principale cause de mortalité et de morbidité infantiles dans son pays.

En ce qui concerne l'introduction d'aliments de sevrage riches en protéines, l'Institut de recherche industrielle du Nigéria a mis au point un produit d'excellente qualité, mais éprouve des difficultés à trouver des industriels prêts à le fabriquer et à le commercialiser.

Un programme doit être prochainement lancé au Nigéria pour remédier à la carence en vitamine A depuis que l'on a reçu des rapports faisant état d'une forte incidence chez les enfants du nord du pays.

Le Gouvernement du Nigéria, conscient de la prévalence de la malnutrition, aggravée par la sécheresse, s'attache à privilégier davantage encore les investissements agricoles pour garantir l'autonomie en matière alimentaire et l'existence sur le marché de produits alimentaires à des prix raisonnables. Les déficits à court terme de la production alimentaire sont comblés par des importations, tandis que l'on s'emploie activement à veiller à ce que les aliments aillent à ceux qui en ont le plus besoin, par l'amélioration de la distribution et du stockage.

Le Dr KAKITAHU (Ouganda) déclare que les carences nutritionnelles représentent encore une importante cause de morbidité et de mortalité infantiles dans son pays, notamment chez les moins de cinq ans. Les mères mal nourries donnent souvent naissance à des enfants présentant une insuffisance pondérale et dont la croissance et le développement normaux sont encore compromis lorsqu'ils sont élevés dans des secteurs défavorisés. Il serait plus facile de promouvoir une nutrition adéquate du nourrisson et du jeune enfant si l'on prenait un ensemble de mesures destinées à améliorer la nutrition maternelle et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

L'allaitement maternel va de soi en Ouganda, et les faibles quantités de substituts du lait maternel qui sont importées ne pénètrent pas dans les zones rurales. On veillera à ce que cette tendance se maintienne en prenant les mesures qui s'imposent à l'égard de ces substituts si cela s'avérait nécessaire.

Au moyen du réseau de soins primaires, on s'est attaché à privilégier l'éducation pour la santé en vue d'encourager les mères et l'ensemble de la communauté à utiliser les aliments de sevrage disponibles localement et à favoriser un sevrage intervenant dans de bonnes conditions et en temps opportun. Il souhaite que l'Organisation et d'autres institutions des Nations Unies telles que la FAO et le FISE accroissent leur soutien en vue d'aider les pays en développement à produire des aliments de sevrage à partir des ressources locales.

Son Gouvernement était représenté à la Conférence organisée au Swaziland à laquelle la déléguée de ce dernier pays a fait allusion, et sa délégation fait part à la Commission de son approbation des principes exposés à cette occasion, y compris la Déclaration de Mbabane. Il reprend à son compte les observations qu'elle a faites à cet égard.

Sa délégation souhaite figurer parmi les coauteurs du projet de résolution sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant présenté par les délégations de Bahreïn, de l'Egypte, des Emirats arabes unis, du Koweït et du Qatar, mais souhaite proposer quelques amendements. Au premier paragraphe du préambule, il convient de substituer aux cotes WHA27.23 et WHA32.47 les cotes WHA27.43 et WHA31.47, respectivement. L'expression "en mettant particulièrement l'accent sur l'emploi d'aliments d'origine locale" doit être ajoutée à la fin du paragraphe 2 du dispositif, tandis que le paragraphe 3 du dispositif doit être modifié comme ci-après :

PRIE le Directeur général : a) de poursuivre et d'intensifier la collaboration avec les Etats Membres dans leurs efforts pour mettre en oeuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et en surveiller l'application en tant qu'exigence minimale au niveau national; b) de prendre des dispositions pour contrôler les cas de promotion et d'utilisation inopportunes de produits impropres à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; et c) de faire rapport à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état d'application de la présente résolution en formulant les recommandations qu'il jugera utiles sur toute autre mesure éventuellement requise pour améliorer encore les bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

Le Dr ABBAS (Somalie), tout en se félicitant du rapport du Directeur général (document A37/6), fait observer que la pauvreté est l'un des principaux facteurs de la malnutrition, et qu'en conséquence l'étude de l'incidence et des causes de la pauvreté revêt la plus grande importance lorsqu'on planifie les mesures destinées à améliorer la santé et la nutrition.

L'exode rural massif, et les maux qui l'accompagnent, représente un grave problème en Somalie, comme dans la plupart des pays en développement. Son gouvernement s'en est beaucoup préoccupé lorsqu'il a dressé l'actuel plan quinquennal de développement, dont l'un des principes directeurs est d'améliorer la qualité de la vie dans les campagnes, où la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 76 %, contre 49 % chez les nomades et 42 % dans les villes. La malnutrition et la sous-nutrition résultent directement d'un certain nombre de facteurs tous liés entre eux ainsi qu'à la pauvreté. Parmi les secteurs les plus déshérités de la population, le fait de ne pas pouvoir se procurer le strict minimum d'aliments de base s'accompagne d'analphabétisme et d'un environnement dégradé, sans parler des catastrophes naturelles ou imputables à l'homme telles que la sécheresse et la guerre qui concourent toutes à aggraver la situation.

Plusieurs études et enquêtes importantes ont été entreprises dans son pays et toutes confirment que la malnutrition protéino-énergétique représente un problème considérable chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire en Somalie. Le déclin de la croissance après l'âge de huit mois est attribué aux effets combinés de l'insuffisance de l'alimentation d'appoint et des infections répétées. On a constaté qu'un fort pourcentage d'enfants ne recevaient aucun aliment en plus du lait jusqu'à leur deuxième année. Le problème de l'insuffisance pondérale à la naissance est encore aggravé par le fait que de nombreuses femmes réduisent délibérément leur régime alimentaire au cours des trois derniers mois de la grossesse pour pouvoir donner naissance à un bébé plus petit et avoir un accouchement moins pénible. Les responsables du Plan national de Santé (1980-1985) ont estimé que 26 % des enfants de moins de cinq ans pouvaient être considérés comme souffrant de malnutrition de catégorie II et de catégorie III. L'incidence de 7 % de la malnutrition de catégorie III signalée dans le Plan national de Santé est un grave sujet d'inquiétude lorsqu'on la compare aux 2 à 3 % d'incidence dont il est fait état dans l'analyse qu'a faite l'OMS des 101 enquêtes menées dans 59 pays.

Les services de santé de son pays font état d'une forte prévalence de l'anémie, avec une incidence de 50 % chez les femmes enceintes et les femmes en âge d'avoir des enfants.

Une conférence nationale sur l'alimentation et la nutrition organisée par son gouvernement en collaboration avec l'OMS et le FISE a proposé une série de recommandations destinées à remédier à la situation critique que connaît son pays en matière de nutrition. On espère désormais que l'assistance que doit fournir le Programme mixte OMS/FISE d'appui à la nutrition renforcera les ressources et les efforts du gouvernement en vue de développer la capacité

technique et gestionnaire qui permettra de planifier et de mettre en oeuvre un ensemble complet de mesures destinées à améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle des mères et des enfants.

Si la Somalie a bien adhéré au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, l'afflux des réfugiés, qui s'élèvent à l'heure actuelle à plus d'un demi-million, représente une grave menace pour la mise en oeuvre du Code, étant donné que d'importantes quantités de substituts du lait maternel pénètrent dans le pays. Ces dons généreux et bien intentionnés sont fort appréciés et sont souvent le seul moyen d'assurer la survie des collectivités dont il s'agit. Sa délégation accueillera volontiers toute suggestion concernant les moyens de faire face à ce problème délicat.

La séance est levée à 17 h 30.

= = =