

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA SIXIEME SEANCE

Mandarin Court, Singapour
Jeudi 4 octobre 1979, 14 h 30

PRESIDENT : Dr A.G.K. Chew (Singapour)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Etude du programme de bourses d'études de l'OMS	194
2. Développement de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé (y compris le renforcement de la recherche et l'aménagement des carrières dans les pays tropicaux)	196
3. Examen de la situation relative au cancer dans la Région du Pacifique occidental	198
4. Les services de vaccination et leur évaluation	200
5. Etat du programme antipaludique	205

1. ETUDE DU PROGRAMME DE BOURSES D'ETUDES DE L'OMS
Point 18 de l'ordre du jour (Document WPR/RC30/16)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle qu'en 1976 l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution priant le Directeur général d'intensifier les efforts pour préciser la notion de développement intégré des services et des personnels de santé - activité dont le programme de bourses d'études est bien sûr une composante majeure. Toutes les parties prenantes au programme de bourses d'études - les gouvernements et l'OMS - se préoccupent depuis un certain temps d'en améliorer les modalités de façon à mieux suivre les tendances nouvelles de la formation. Il faut revoir de façon approfondie le programme et les méthodes suivies pour sélectionner les boursiers et les employer à leur retour dans leur pays. Les dispositions prises par les pays hôtes pour organiser et dispenser la formation doivent elles aussi être revues. A l'OMS en particulier, les politiques nouvelles ne peuvent pas ne pas affecter les décisions en matière d'attribution de bourses d'études. Il est évident qu'en octroyant des bourses sans rapport avec les projets nationaux d'action sanitaire, on a contribué, dans le passé, à la fragmentation des ressources en personnels de santé. Les bourses d'études doivent étayer les programmes de santé élaborés par le biais de la planification sanitaire nationale ou de la programmation sanitaire par pays.

A l'initiative du Gouvernement de la Nouvelle-Zélande, le Comité régional, à sa vingt-huitième session, a adopté une résolution dans laquelle il priait le Directeur régional de convoquer une réunion pour examiner le champ de la coopération régionale sur ces aspects du développement des personnels de santé. Une conférence sur la coopération régionale dans le cadre du programme de bourses d'études de l'OMS s'est donc réunie en février 1979. Elle a rassemblé des hauts fonctionnaires représentant leur Gouvernement qui ont pu formuler des recommandations sur l'amélioration des mécanismes de planification des bourses d'études et de sélection au niveau national, sur l'amélioration des méthodes administratives à l'OMS et des sources d'information, sur les mesures à prendre par les pays qui reçoivent des boursiers et sur la surveillance et l'évaluation du programme.

Dans le document WPR/RC30/16 est présenté au Comité un plan d'action pour la mise en oeuvre des recommandations de la conférence. A la partie 3 du document sont exposées neuf recommandations de la conférence, les activités envisagées pour y donner suite et les objectifs à atteindre.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande), après avoir souligné que son pays s'intéresse tout particulièrement à la formation, félicite le Secrétariat et les représentants à la conférence de leur analyse, qui sera utile aux pays intéressés et aux boursiers.

Le Dr MENU (Conseiller régional pour le développement des personnels de santé) déclare que, quelle que soit la région, il est difficile de faire une véritable évaluation du programme de bourses d'études et que le Pacifique occidental ne fait pas exception à la règle. La conférence a revu

autant d'aspects du programme que possible et ses conclusions ont été jointes en annexe au rapport. L'évaluation faisait partie des tâches de la conférence mais, si, en théorie, un système de suivi est possible, il est difficile dans la pratique de suivre les boursiers une fois qu'ils sont revenus chez eux. On espère pouvoir améliorer la situation, peut-être en collaboration avec d'autres régions, puisque le problème se retrouve partout.

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) juge les recommandations très intéressantes et désire savoir si certaines d'entre elles, notamment les recommandations 3.1, 3.2 et 3.7, sont déjà mises en oeuvre. Son pays veille en priorité à rattacher les bourses d'études à des projets nationaux précis auxquels il prête son concours. Les boursiers qui viennent au Royaume-Uni sont bien informés et c'est le British Council qui s'occupe d'eux.

Le Dr MENU (Conseiller régional pour le développement des personnels de santé) explique que les recommandations 3.1 et 3.2 doivent être envisagées ensemble dans le cadre du processus de planification nationale. On travaille conjointement au programme de bourses d'études et au programme de développement des personnels de santé, qui sont en rapport l'un avec l'autre, et de bons résultats ont déjà été obtenus. Les plans relatifs aux bourses d'études seront établis en corrélation avec les plans nationaux d'action sanitaire ou avec des projets précis. Parmi les autres recommandations dont la mise en oeuvre est en cours, il faut citer l'analyse des bourses, la préparation de notices d'information et l'établissement d'un document sur les statistiques. Le Dr Menu tient à ajouter que les boursiers qui vont étudier au Royaume-Uni reçoivent effectivement une très bonne information.

Le Dr PALACIOS (Etats-Unis d'Amérique) se demande si une évaluation du programme de bourses d'études dans la Région du Pacifique occidental pourrait montrer dans quelle mesure le programme a contribué à améliorer les services de santé assurés à la population. C'est peut-être impossible, mais il ne doute pas que les Etats Membres de la Région soient prêts à l'élaboration de critères rationnels pour une telle évaluation. L'un des avantages évidents des bourses d'études est de permettre l'approfondissement des connaissances techniques de ceux qui en bénéficient, mais on ne sait pas vraiment si les gens auxquels les services sont censés s'adresser tirent avantage de cette amélioration des connaissances techniques. En effet, il se peut par exemple que le récipiendaire d'une bourse ne puisse par la suite utiliser ce qu'il a appris, à cause du manque de matériel, de médicaments ou de moyens de transport. Dans ce cas, la bourse aura été une perte de temps et d'argent. Le Dr Palacios se félicite de ce que les Mariannes septentrionales aient été autorisées à bénéficier de bourses d'études de niveau tant universitaire que postuniversitaire - ce qui a permis de former des techniciens de radiographie, des pharmaciens et d'autres agents paramédicaux.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit qu'il sera tenu compte à l'avenir de la nécessité d'attribuer des bourses d'études pour les professions paramédicales, si le pays intéressé fournit une justification à l'appui de sa demande.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT prie les Rapporteurs de préparer un projet de résolution. (Se reporter à la section 1.7 de la septième séance pour l'examen du projet de résolution).

2. DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE ET DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTE (Y COMPRIS LE RENFORCEMENT DE LA RECHERCHE ET L'AMENAGEMENT DES CARRIERES DANS LES PAYS TROPICAUX)
Point 19 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/17)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle que, ces trois dernières années, plusieurs résolutions adoptées par le Comité régional sur le développement et la coordination de la recherche biomédicale contenaient un paragraphe dans lequel le Directeur régional était autorisé à affecter des fonds additionnels, selon qu'il le jugeait bon, à des activités de recherche conformes aux objectifs du programme régional, étant entendu qu'il ferait rapport sur leur utilisation à la session suivante du Comité régional. Tel est le type de rapport présenté dans le document WPR/RC30/17. Il convient de signaler que la Fondation de l'Industrie de la Construction navale du Japon a été le principal contributeur à ce programme.

Le document contient notamment un résumé des activités recommandées par le Comité consultatif de la recherche médicale du Pacifique occidental (CCRMPO) à sa quatrième session, en avril dernier, en vue d'établir un vaste programme de recherche pour 1979 et les années suivantes.

L'année 1979 a vu se renforcer le programme de recherche dans la Région, programme dont l'impact peut se mesurer d'après le nombre de programmes réalisés et la meilleure corrélation entre les activités de recherche et les besoins locaux. Les ressources auparavant regroupées dans le programme de promotion et de développement de la recherche ont été affectées à différents programmes techniques, notamment sur les maladies transmissibles, en vue du développement des activités de recherche. Les six organes consultatifs techniques du CCRMPO ont mené à bien leur tâche en tant que groupes spéciaux et sont maintenant devenus des sous-comités.

A la demande du Directeur général, l'attention du Comité est appelée dans le document WPR/RC30/17 sur la sérieuse pénurie de ressources en personnels qualifiés pour développer les composantes "recherche" des programmes de coopération technique entre l'Organisation et les Etats Membres - tout particulièrement dans les pays tropicaux. Il est indispensable de renforcer les capacités nationales de recherche et d'aménager les carrières des chercheurs.

Le Dr HOWELLS (Australie) se félicite des progrès accomplis, notamment pour le renforcement de la recherche biomédicale dans la Région. Il a pris note avec satisfaction des recommandations formulées par le CCRMPO, notamment sur la recherche dans les pays en développement, ainsi que de la résolution WPR/RC29.R10 dans laquelle les Etats Membres étaient priés "d'assurer des aménagements de carrières permettant aux chercheurs de se consacrer entièrement à la recherche et propres à

attirer des éléments jeunes vers la recherche". Quand des fonds bénévoles seront disponibles, il faudra renforcer la recherche biomédicale en intensifiant les efforts pour offrir des possibilités d'emploi à des chercheurs.

Le Dr WEINSTEIN (Etats-Unis d'Amérique) s'associe au point de vue exprimé par le représentant de l'Australie et félicite le Directeur régional de la façon dont sont utilisées les ressources extrabudgétaires pour la recherche dans la Région du Pacifique occidental.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) se demande s'il est vraiment nécessaire de faire des recherches sur les dangers auxquels sont exposées les populations actives. Si des enquêtes industrielles sont incluses sous cette rubrique, la Nouvelle-Zélande sera en mesure d'appuyer le projet; mais faut-il vraiment accorder un tel rang de priorité à la médecine du travail ? Il aimerait savoir en quoi le programme consiste.

Le Dr HERNIMAN (Conseiller régional pour le développement des services de santé) répond que la recherche sur la médecine du travail a été l'un des thèmes examinés à la dernière session du CCRMPO. Le Comité a insisté sur la nécessité de faire des recherches dans ce domaine, qui a peu retenu l'attention jusqu'ici dans la Région du Pacifique occidental. Comme il est dit dans le document WPR/RC30/17, le CCRMPO a créé un sous-comité chargé des services de santé et de la médecine du travail, qui devra faire rapport à la prochaine réunion du CCRMPO.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) pense qu'il existe suffisamment de données de base sur la médecine du travail pour assurer des services efficaces dans ce domaine. Il n'est guère utile de faire d'autres recherches à moins que l'application des résultats déjà obtenus n'ait montré que d'autres recherches seraient nécessaires. Mais s'il s'agit d'une étude des services de santé, il appuiera alors le projet.

Le Dr HERNIMAN (Conseiller régional pour le développement des services de santé) indique que le Comité a reconnu la nécessité de rassembler des informations sur les problèmes de médecine du travail dans la Région. Puisque le Comité s'occupe de recherche, il a eu recours à l'expression "recherche sur la médecine du travail".

Le Dr TARUTIA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) annonce que les recherches sur la mise au point de vaccins contre l'entérite aiguë nécrosante et la pneumonie, faites en collaboration avec l'Institut national de Recherche médicale à Goroka, Papouasie-Nouvelle-Guinée, et avec l'OMS, ont donné des résultats prometteurs.

En l'absence d'autres observations sur ce sujet, le PRESIDENT invite les Rapporteurs à préparer un projet de résolution. (Se reporter à la section 1.8 de la septième séance pour l'examen du projet de résolution).

3. EXAMEN DE LA SITUATION RELATIVE AU CANCER DANS LA REGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

Point 20 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/18)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle qu'en 1978, le Conseil exécutif, à sa soixante et unième session, a adopté une résolution invitant les Comités régionaux à réexaminer périodiquement la situation du cancer dans leur Région respective.¹ Le Comité régional du Pacifique occidental a décidé d'inscrire cet examen à l'ordre du jour de la présente session.

Le document WPR/RC30/18 contient des informations qui doivent permettre au Comité de procéder à cet examen. Dans certains pays ou zones de la Région du Pacifique occidental, où l'incidence des maladies transmissibles est en diminution, les autorités nationales prennent conscience de l'ampleur du problème du cancer et de la nécessité d'établir des systèmes d'information, notamment des registres du cancer couvrant toute une population et des registres hospitaliers.

Un groupe de travail chargé de conseiller le Directeur régional sur la direction future du programme régional de lutte anticancéreuse entrera en activité à Manille le 15 octobre. Il s'inspirera bien sûr des observations du Comité.

Le Dr HIDDLESTONE (Nouvelle-Zélande) pense que, malgré le manque de statistiques, le rapport fait apparaître de grandes différences dans l'incidence par siège du cancer dans la Région. Il est particulièrement important d'avoir de meilleures données épidémiologiques pour préciser l'étiologie du cancer. Il faut espérer que le groupe de travail mentionné par le Directeur régional pourra établir une base plus large pour l'information statistique dans la Région.

Pour le Dr HSU SHOU-JEN (Chine), le rapport devrait encourager la recherche sur le cancer et la lutte anticancéreuse dans la Région. Tout d'abord, il est indispensable de bien connaître les faits. Dans bien des pays en développement, les seuls chiffres sur la morbidité et la mortalité proviennent des hôpitaux des villes. Les enquêtes statistiques sont l'un des aspects les plus importants de tout programme de lutte anticancéreuse. Ce n'est qu'après de telles enquêtes que l'on peut entreprendre des programmes réalistes de prévention et de traitement. Le Bureau régional devrait à cet égard dégager les ressources nécessaires et prêter des avis techniques.

Grâce à des efforts intensifs, son pays a fait des enquêtes couvrant des millions de personnes de sorte qu'il dispose désormais de certains faits. Sur la base de ces données encore incomplètes, l'incidence nationale du cancer est d'environ 800 000 cas par an et le taux de mortalité annuel par cancer de 74 pour 100 000. On sait que la maladie occupe le deuxième ou le troisième rang parmi les causes de décès (et non pas le premier comme il est indiqué au tableau 1 du rapport). Selon lui, si tous les pays conjuguait leurs efforts, on pourrait progresser dans

¹Résolution EB61.R29, OMS, Recueil des résolutions et décisions, volume II, troisième édition, page 78.

la lutte anticancéreuse.

Le Dr HOWELL (Australie) se joint à l'appel du représentant chinois pour que l'on rassemble davantage de données, lesquelles serviront de base à l'action concrète. La résolution du Conseil a encouragé les pays à examiner leur propre situation en ce qui concerne le cancer. Le fait essentiel mis en relief dans le rapport, c'est le manque de données dans la Région.

Il est dit à la page 2 que l'Australie possède un registre du cancer couvrant toute une population ou un registre hospitalier du cancer, mais ce n'est malheureusement pas encore vrai. Seuls trois états sur sept possèdent des registres actifs du cancer, tandis que des registres sont prévus ailleurs. On espère pouvoir disposer de statistiques précises d'ici deux ou trois ans.

Le Dr LO (Malaisie) dit que, si son pays souffre lui aussi d'un manque de statistiques, il dispose toutefois de données permettant de remplir les blancs du tableau 1 du rapport. Bien que tous les décès doivent être enregistrés et notifiés en Malaisie, ils peuvent l'être soit par les médecins soit par les autorités, de sorte qu'il est difficile de vérifier la cause des décès.

Les statistiques du cancer en Malaisie sont fondées sur les données communiquées par les hôpitaux publics de district et les hôpitaux généraux. L'incidence de la maladie est passée de près de 7400 cas en 1973 à plus de 9300 cas en 1977. En 1965, les tumeurs occupaient la septième place parmi les dix principales causes de décès dans les hôpitaux publics de la péninsule de Malaisie; or, en 1970, elles étaient passées à la cinquième place. Pour la période 1973-1977, les sièges du cancer les plus courants étaient les suivants : appareil digestif et péritoine, 27 %; voies génito-urinaires, 20 %; bouche, cavité buccale et pharynx, 11 %; voies respiratoires, 10 %; os, tissu conjonctif, peau et sein, 10 %.

A part la chirurgie, la radiothérapie et la pharmacothérapie, il n'a pas été fait grand-chose en matière de lutte anticancéreuse. La propagande concernant les effets du tabac sur la santé s'est heurtée à une forte résistance. On s'efforce de mettre sur pied un registre national du cancer, de faire une enquête épidémiologique complète avec la coopération de l'OMS et d'organiser des mesures d'éducation pour la santé.

Le Dr TAN (Singapour) dit que son pays possède un bon registre du cancer qui devrait donner des statistiques exactes sur les maladies et l'issue du traitement. Il note que les cas de cancer du poumon sont en augmentation rapide, puisque son incidence a doublé entre 1967 et 1978. Une campagne contre le tabac est en cours à Singapour. Un bon moyen de prévention du cancer est d'insister davantage sur l'éducation.

Le Dr ENDO (Conseiller régional pour les maladies chroniques) précise que les renseignements utilisés pour le rapport ont été rassemblés à partir de nombreuses sources, y compris les documents officiels et les rapports

de consultants. L'analyse des données s'est avérée difficile, en particulier pour les sièges courants du cancer. Il tient à remercier les représentants des renseignements supplémentaires qu'ils ont fournis.

A la prochaine réunion du deuxième groupe de travail sur l'organisation de programmes complets de lutte anticancéreuse, l'accent portera sur les méthodes de collecte de renseignements, le dépistage des cas et l'éducation sanitaire. Il ne doute pas que ce groupe de travail élaborera des directives utiles pour la formulation du programme régional de lutte contre le cancer.

Le Dr CHASTEL (France) s'étonne des blancs que présente le tableau de la page 4 en ce qui concerne la Polynésie française, car bien des données sont disponibles. La mortalité par cancer, par exemple, est de 44 pour 100 000 habitants. Le Dr Chastel tient à la disposition du Bureau régional un document contenant des statistiques sur la fréquence comparative des tumeurs malignes en Polynésie française.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution (Se reporter à la section 1.9 de la septième séance du projet de résolution).

4. LES SERVICES DE VACCINATION ET LEUR EVALUATION Point 21 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/19)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle qu'à sa vingt-neuvième session le Comité régional a choisi "les infections respiratoires aiguës" comme thème de l'exposé technique de la trentième session seulement après que le Comité eut décidé d'inscrire à son ordre du jour la question des services de vaccination.

Le document WPR/RC30/19 constitue une base de discussion. Le but du programme élargi de vaccination est de vacciner tous les enfants, d'ici l'année 1990, contre les six maladies couvertes par le programme - diphtérie, rougeole, tétanos, tuberculose, coqueluche et poliomyélite. La chose est faisable avec une approche fondée sur les soins de santé primaires, dans le cadre du système des services de santé, mais uniquement à condition d'établir une base d'information adéquate, tant au niveau régional qu'au niveau national, pour permettre une évaluation appropriée du programme.

Le Dr HIDDLESTONE (Nouvelle-Zélande) félicite le Directeur régional et ses collaborateurs du rapport présenté qui, tout en étant bref, résume bien les principes de base et contient de bonnes suggestions quant à ce qui devra être examiné à l'avenir. Le projet de vacciner efficacement tous les enfants du monde contre les six principales maladies transmissibles d'ici 1990 est certes enthousiasmant mais il craint que l'ardeur et même les efforts déployés ne suffisent pas s'ils ne s'assortissent pas d'une action de relations publiques pour obtenir la coopération des parents. Dans son pays, l'expérience a montré que, même lorsque la vaccination est aisément

disponible et gratuite, il est difficile de réaliser une couverture adéquate car, aussi paradoxal que cela paraisse, à mesure que diminue l'incidence d'une maladie, la menace qu'elle fait peser apparaît de moins en moins aux jeunes parents. Les pays devront collaborer à la mise au point de techniques pour surmonter ce problème puis surveiller l'efficacité du programme d'après l'incidence des maladies et, ce qui importe davantage, le maintien de taux adéquats d'anticorps.

Le Dr Hiddlestone tient aussi à souligner que le système d'enregistrement doit être simple, pour ne pas compliquer indûment la tâche des travailleurs sur le terrain.

Le Dr HOWELLS (Australie) partage le point de vue de l'orateur précédent et appuie le programme avec enthousiasme car il constitue l'une des activités les plus simples et les plus efficaces que l'Organisation puisse encourager. Il note aussi avec plaisir l'importance accordée à l'évaluation tant dans le document que dans l'introduction du Directeur régional. Il ne voit pas pourquoi, par le biais des soins de santé primaires, les buts ne seraient pas atteints d'ici la date fixée - c'est-à-dire 1990.

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) déclare que son pays s'intéresse particulièrement à la recherche sur la chaîne du froid et qu'il y participe tant par l'intermédiaire de l'OMS qu'au niveau national. Il souhaite donc savoir quels progrès ont été accomplis dans la Région en ce qui concerne les réfrigérateurs solaires, les appareils à glace et les glacières portatives en général, et combien de temps ces glacières restent à une température suffisamment basse.

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni) déclare que son pays s'intéresse particulièrement à la recherche sur la chaîne du froid et qu'il y participe tant par l'intermédiaire de l'OMS qu'au niveau national. Il souhaite donc savoir quels progrès ont été accomplis dans la Région en ce qui concerne les réfrigérateurs solaires, les appareils à glace et les glacières portatives en général, et combien de temps ces glacières restent à une température suffisamment basse.

Le Dr HERNIMAN (Conseiller régional pour le développement des services de santé) signale, en réponse aux questions du dernier orateur, que deux modèles de réfrigérateurs solaires, l'un mis au point aux Etats-Unis d'Amérique et l'autre fabriqué en Papouasie-Nouvelle-Guinée, sont actuellement à l'essai. Pour ce qui est des appareils à glace, il n'a connaissance d'aucune activité en cours dans la Région. En ce qui concerne les glacières portatives, qui sont l'un des maillons fondamentaux de la chaîne du froid pour de nombreux pays de la Région, d'importants travaux sont en cours. Comme l'a mentionné le représentant du Royaume-Uni, le Siège de l'OMS à Genève participe d'une part à la conception de glacières portatives et d'autre part au recensement de celles qui existent dans divers pays. Des ressources locales ont aussi été consacrées dans la Région à la mise au point de glacières portatives, comme celle - mentionnée dans un autre contexte - qui a été fabriquée aux Philippines et s'est révélée très utile dans plusieurs pays. Dans certaines régions, en particulier dans le Pacifique sud, la conception de glacières portatives pour les bateaux pose un problème spécial mais des progrès ont été réalisés à cet égard.

Le Dr HSU SHOU-JEN (Chine) félicite le Directeur régional de son excellent rapport et fait observer que le succès du programme élargi de vaccination sera primordial pour l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il est donc indispensable que le Bureau régional poursuive la mise en oeuvre de ce programme et continue à chercher des solutions aux problèmes qui se posent.

Dès 1963, des directives ont été publiées en Chine pour la mise en oeuvre d'un programme de vaccination. On tient maintenant compte des progrès techniques récents pour réviser les méthodes, et des plans sont en cours d'élaboration pour assurer la couverture de toute la Chine d'ici trois à cinq ans.

Le document dont est saisi le Comité expose de façon claire et exhaustive les buts fixés et les moyens d'y parvenir. Pour obtenir de bons résultats, il faudra prendre en considération les points suivants : 1) des unités de vaccination devront être instaurées pour établir des plans adaptés aux conditions locales et veiller à ce que tous les vaccins atteignent le plus rapidement possible les populations auxquelles ils sont destinés; 2) le personnel chargé de la vaccination devra recevoir une formation spéciale et le nombre des stagiaires sera déterminé en fonction du volume de travail à effectuer; 3) les masses devront être éduquées de façon à comprendre l'importance de la vaccination, et 4) on instaurera un système de cartes pour arriver à une couverture totale sans que quiconque soit vacciné deux fois.

M. NGUYEN XUAN THU (Viet Nam) expose les conclusions qui se dégagent d'une expérience de vingt ans de vaccination : la vaccination de masse permet effectivement de prévenir bon nombre d'affections, elle dispense souvent d'autres mesures de prévention et elle est à la fois économique et facile à appliquer à grande échelle. Au Viet Nam, les vaccinations sont assurées par le réseau sanitaire de base suivant un calendrier établi par l'Institut national d'hygiène et d'épidémiologie. Les méthodes ont été unifiées et on utilise de plus en plus le "dermojet", jugé supérieur à la seringue classique. La vaccination est surtout pratiquée contre les maladies épidémiques les plus courantes. Les nouveau-nés sont vaccinés par le BCG dans une proportion de 100 %, la revaccination intervenant au bout de 7 à 15 ans. De même, 100 % des enfants de moins de 5 ans bénéficient de la vaccination contre la poliomyélite, effectuée dans les crèches et les jardins d'enfants. En ce qui concerne le TAB et la vaccination anticholérique, la part de la population protégée atteint 90 à 95 %. Quant à la peste, la vaccination est entreprise en fonction des indications épidémiologiques. Le pays ne produisant pas encore toute la gamme de vaccins nécessaire et toutes les quantités dont il a besoin, il attend beaucoup de la coopération internationale.

Le Dr LO (Malaisie) félicite le Directeur régional de son rapport qui offre une approche systémique pour l'évaluation des programmes de vaccination.

En Malaisie, le programme de vaccination porte sur les six principales maladies à l'exception de la rougeole, que l'on espère y inclure lorsque l'on aura remédié, avec la coopération technique de l'OMS, à certaines faiblesses de la chaîne du froid décelées lors d'une enquête faite en 1976. Dans son pays, les services de vaccination sont intégrés aux services médico-sanitaires et ils sont coordonnés et dirigés au niveau national par les unités de santé maternelle et infantile et d'épidémiologie du Ministère de la Santé. L'évaluation, dont l'objet est de mesurer les entrées, les sorties et les effets et de résoudre les problèmes de chaîne du froid, se fait sur une base continue. L'OMS a fourni une coopération et une assistance considérables, en particulier par l'intermédiaire du Dr Perkins (Chef de la Standardisation biologique au Siège de l'OMS), pour la chaîne du froid, l'activité des vaccins, les spécifications relatives à l'achat des vaccins, etc. La Malaisie a acheté à l'étranger les vaccins DTC et antipoliomyélitique mais elle a produit ses propres vaccins contre la variole, la rage, le choléra et le vaccin TAB.

La vaccination antivariolique a été la première vaccination obligatoire, mais depuis 1961 aucun cas de variole n'a été enregistré et une révision de la législation est en cours pour la remplacer par d'autres vaccinations qui demeurent nécessaires. Le Dr LO doit ajouter que son Gouvernement attend naturellement avec impatience l'annonce de l'éradication mondiale de la variole à la fin de l'année.

Etant donné l'infrastructure existante et la coopération de la population, généralement satisfaisante - même lorsque la vaccination est obligatoire, il n'a jamais été nécessaire de recourir à la contrainte - son Gouvernement espère que, grâce à une vigilance constante et à l'évaluation, il parviendra finalement à maîtriser les maladies transmissibles couvertes par le programme.

Le Dr LAM (Singapour) déclare que dans son pays les services de vaccination, bien développés, sont assurés dans le cadre du service de la santé maternelle et infantile contre les six maladies couvertes par le programme élargi de vaccination de l'OMS. La couverture des nourrissons par le BCG, les vaccinations DTC et antipoliomyélitique est assurée à 85-95%. La diphtérie et la poliomyélite sont pratiquement éradiquées.

La rougeole pose un problème; la vaccination, introduite en 1976, a été mal acceptée par les familles chinoises; celles-ci pensaient qu'il convenait de laisser la maladie suivre son cours naturel, et il a fallu lancer une campagne d'éducation sanitaire pour les préparer à accepter qu'on vaccine leurs enfants.

Le Dr PALACIOS (Etats-Unis d'Amérique) précise que dans le nord de l'Archipel des Mariannes la couverture vaccinale, assurée à 85-95 %, est

meilleure que celle qui est réalisée n'importe où aux États-Unis; il a fallu cependant de longues années pour obtenir ce succès, et la seule action réellement décisive a été celle des agents sanitaires, qui ont visité les habitants porte-à-porte pour les vacciner. Même dans les villages où des centres avaient été installés, il n'y a pas eu beaucoup de villageois qui se soient présentés spontanément.

Le Dr FAAIUASO (Samoa) déclare qu'au Samoa la vaccination a sauvé de nombreuses vies. Il n'y a eu aucun cas de poliomyélite depuis 10 ans, aucun cas de diphtérie depuis 20 ans, et l'incidence de la fièvre typhoïde est tombée de 230 cas en 1960 à quatre en 1978. Il faudrait cependant améliorer la chaîne du froid pour le transport des vaccins. A ce point de vue, il fait siennes les observations du représentant du Royaume-Uni.

Une épidémie d'ulcère tropical qui s'est produite en juin 1979 a spécialement affecté les enfants. Il se demande si d'autres pays de la Région ont acquis quelque expérience à cet égard. On a soumis les cas observés à la réaction de Schick pour en déterminer la cause qui, selon lui, serait un bacille spécifique.

Le Dr LINDNER (Conseiller régional pour les maladies transmissibles) précise que l'épidémiologie de la diphtérie, dont le bacille est l'une des causes de l'ulcère tropical, est la moins bien connue parmi celles des six maladies couvertes par le programme élargi de vaccination. Des cas de diphtérie cutanée ont été signalés il y a longtemps dans le Pacifique Sud. Le Dr Lindner pense lui aussi que des études seraient nécessaires, particulièrement pour déterminer le rôle de la forme cutanée de la maladie dans l'immunité naturelle.

Pour le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) le contrôle de la qualité des vaccins est la condition essentielle du succès du programme élargi. Il demande quels moyens d'assurer un tel contrôle existent dans la Région. L'achat de vaccins en vrac pourrait offrir l'occasion d'une coopération technique comparable à celle dont on a bénéficié dans le cas des produits pharmaceutiques.

Le Dr HERNIMAN (Conseiller régional pour le développement des services de santé) estime lui aussi que ces questions pourront prendre une importance croissante au fur et à mesure qu'on développera le programme, et que les installations nécessaires à ces activités seront particulièrement utiles dans le Pacifique Sud. Il faudrait voir quels seraient les avantages d'un approvisionnement régional en vaccins par rapport à l'approvisionnement à partir de pays d'Europe et d'Amérique du Nord, et établir un plan des besoins en vaccins. Le Service pharmaceutique commun du Pacifique sud pourrait être opportunément élargi en vue de la fourniture de vaccins, spécialement au profit de la zone du Pacifique Sud.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT prie les Rapporteurs de préparer un projet de résolution. (Se reporter à la section 1.10 de la septième séance pour l'examen du projet de résolution).

5. ETAT DU PROGRAMME ANTIPALUDIQUE

Point 22 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/20)

Le DIRECTEUR REGIONAL explique qu'en réponse à une demande formulée par le Comité en 1978 le document WPR/RC30/20 contient un examen de l'état du programme antipaludique dans la Région. Ce document est suffisamment complet pour se passer d'explications prolongées.

Il faut néanmoins relever le fait décourageant que certaines autorités nationales n'ont pas accordé les crédits budgétaires nécessaires pour maintenir le programme au niveau requis. Le soutien constant des pouvoirs publics reste une condition du progrès. La priorité doit être donnée au développement d'un personnel adéquat et à une orientation des personnels des services de santé généraux en matière de paludisme. Les activités de recherche opérationnelle ont également une importance pour la détermination des meilleures approches de lutte et des rapports coûts-avantages. La recherche appliquée sur le terrain doit être poursuivie.

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) déclare que son Gouvernement coopère avec quatre pays, dont deux de la Région du Pacifique occidental, ainsi qu'avec le PNUD et l'OMS aux activités antipaludiques. L'importance des activités multisectorielles est de mieux en mieux reconnue et, pour sa part, il a appris avec beaucoup d'intérêt qu'en Chine les collectivités, l'industrie et l'agriculture unissent leurs efforts à ceux des services de santé dans la campagne d'éradication du paludisme.

Il note que les chiffres présentés dans le document pour les cas de paludisme dans la péninsule de Malaisie, au Sarawak et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, par exemple, sont ceux de 1978; il voudrait savoir si les relevés trimestriels du début de 1979 font apparaître des changements de l'incidence et s'il y a eu un renforcement de la résistance à la chloroquine en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en particulier dans la zone de Bougainville.

Au sujet de l'intégration des services, il se demande s'il ne faudrait pas continuer à organiser les activités antipaludiques selon le système vertical, même quand toutes les autres seront intégrées.

Le Dr VAN DIJK (Conseiller régional pour le paludisme) répond que les relevés sont reçus tous les ans mais que, selon les informations dont on dispose, les tendances de l'incidence palustre se maintiennent.

Une résistance à la chloroquine a été observée dans la zone de Bougainville, en Papouasie-Nouvelle-Guinée. L'équipe régionale de lutte antipaludique a signalé des cas de résistance dans tous les pays impaludés de la Région, à l'exception des îles Salomon et des Nouvelles-Hébrides.

Au sujet de l'intégration des services il estime lui aussi qu'il y a des profits à tirer de la spécialisation parmi les paludologues; ces derniers comprennent de mieux en mieux qu'ils ne peuvent pas agir dans l'isolement.

Le Dr LO (Malaisie) précise que dans la péninsule de Malaisie il y a eu 10 365 cas confirmés de paludisme en 1978 contre 13 649 en 1977. De janvier à juin 1979 il a été signalé 5 118 cas confirmés. En 1978, 75 % des cas ont été dus à Plasmodium falciparum, 24 % à P. vivax et le reste, soit 1 %, à P. malariae et à des infections mixtes. Le rapport des infections à falciparum aux infections à vivax est resté de 3:1, ce qui montre que la transmission reste active, particulièrement dans la région centrale, pauvre et sous-développée, de la péninsule de Malaisie.

En 1978 quelque 1 116 cas de paludisme, soit 11 % du total, ont affecté des membres des forces de sécurité des membres des forces de sécurité et ont été dépistés après le retour des malades d'opérations menées loin dans la jungle. D'autre part 1 032 cas, soit 10 % du total des cas de 1978, ont affecté des aborigènes Orang Asli vivant dans des parties reculées de la jungle. Parmi les travailleurs employés à la mise en valeur des terres il y a eu 1 621 cas, soit 7 % du total des cas de 1978. Ces trois groupes de population ont contribué pour environ 37 % au total des cas de 1978, et les autres 63 % ont affecté le reste de la population kampong. En fait, beaucoup des infections affectant la population des kampong étaient des infections secondaires à celles des trois premiers groupes.

En 1978, 226 cas, ou 2 % du total, ont été notifiés dans les zones de pré-entretien - tous ces cas étant "importés" d'autres parties de la péninsule. D'autre part, 1 822 cas, ou 18 % du total, ont été notifiés dans les zones de consolidation et, là encore, il s'agissait en majorité de cas "importés". Le reste, soit 8 317 cas, ou 80 %, ont été dépistés dans les zones en fin de phase d'attaque, dans la région de collines de la partie centrale de la péninsule. Les zones qui posent des problèmes ont pour caractéristiques communes une population très instable et un accès difficile.

En 1978, 158 cas ont été importés respectivement de l'Inde (53), de l'Indonésie (10), du Kampuchea démocratique (2), de Sabah (13), de Sarawak (6), de Singapour (1), de Sri Lanka (1), de la Thaïlande (70) et du Viet Nam (2).

Le 7 juillet 1979, 18 % des habitants de la péninsule de Malaisie vivaient dans des zones en fin de phase d'attaque, 40 % dans des zones en phase de consolidation et 42 % dans des zones de pré-entretien.

Le paludisme figure déjà dans le programme de formation de diverses catégories de personnels de santé. Des séminaires d'orientation et des cours de mise à jour des connaissances en matière de paludisme sont activement organisés pour le personnel des services de santé généraux. L'intégration est également facilitée par les comités d'action contre le paludisme aux niveaux national, d'état et de district.

Des mesures sont prises pour intégrer le programme d'éradication du paludisme avec les services de lutte antilarvaire. Le paludisme a été retenu parmi les thèmes de discussion de différentes réunions des commissions sanitaires de frontière fonctionnant entre la péninsule de Malaisie et Singapour, la Thaïlande et l'Indonésie.

On achève de prendre des dispositions en vue d'une étude conjointe du Ministère de la Santé et de l'OMS sur les infections à falciparum résistant à la chloroquine dans la péninsule.

M. NGUYEN XUAN THU (Viet Nam) souligne que les résultats particulièrement encourageants de la lutte antipaludique menée dans son pays sont dus à l'action d'un réseau spécialisé, allant de l'Institut de Malariologie, de Parasitologie et d'Entomologie d'Hanoi aux postes sanitaires de commune, en passant par les postes de province et les équipes de district, à la participation active de la population, à une direction technique appropriée et à la fourniture en quantités suffisantes de médicaments et de matériel. Le programme prévoit pour 1980 toute une série d'objectifs parmi lesquels figurent la réduction de l'incidence jusqu'à 1 pour 10 000 dans le Nord et 10 pour 10 000 dans le Sud, la recherche scientifique, notamment sur la résistance et sur les possibilités de la médecine traditionnelle, l'extermination des vecteurs et des larves, la formation du personnel et l'éducation sanitaire, en particulier en ce qui concerne l'utilisation des moustiquaires, la destruction des buissons proches des habitations, la fumigation et la chimiothérapie.

Le Dr CRUZ (Etats-Unis d'Amérique) déclare que son Gouvernement a noté avec inquiétude l'augmentation du nombre de cas de paludisme "importés" dans certains pays de la Région. Guam n'a heureusement connu que peu de ces cas au cours des dernières années. La surveillance revêt une importance particulière dans une zone de la superficie de Singapour et qui cherche à promouvoir le tourisme.

A Guam, le service de lutte antivectorielle est intégré au département général des services sanitaires et sociaux. Une enquête de l'armée a permis de découvrir un anophèle qui pourrait être vecteur du paludisme.

Une campagne a été entreprise pour débarrasser l'île des carcasses de véhicules et autres débris qui, causes de pollution visuelle, sont aussi d'éventuels gîtes larvaires pour les moustiques. La campagne prévoit des visites domiciliaires dont le but est de déterminer les risques pour la santé, le niveau d'éducation sanitaire et l'application des règlements sanitaires; les départements de la police et des travaux publics, entre autres, ainsi que les grands médias, y sont également associés.

Les procédures concernant la désinsectisation des avions arrivant à Guam sont en cours de révision. Un consultant de l'OMS aide à l'application des mesures de surveillance nécessaires pour maintenir l'île exempte de paludisme.

Le Dr Cruz remercie l'OMS de sa collaboration et, en particulier, du cours de formation interrégional en matière de paludisme organisé à Kuala Lumpur.

Le Dr TARUTIA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) précise que dans son pays le programme antipaludique est le deuxième en ordre d'importance des programmes de santé publique; on réoriente les services en prévision de leur intégration. Les obstacles auxquels on se heurte tiennent au fait que la population refuse certaines mesures, à la difficulté du terrain et au manque de personnel. On continue les pulvérisations domiciliaires focales, mais on ne fait plus de pulvérisations dans les hautes terres. La construction de routes nouvelles et les mouvements de population dus à l'évolution de l'économie ont provoqué une augmentation des cas de paludisme.

On espère pouvoir introduire des améliorations grâce au nouveau plan de quatre ans, particulièrement dans les zones côtières.

Une action antivectorielle comprenant des mesures environnementales est en cours dans les zones urbaines et, dans une province, on a commencé à titre d'essai une opération de pulvérisations à base communautaire. On espère que l'évaluation des résultats, d'ici la fin de 1979 permettra de savoir s'il convient d'étendre l'essai à d'autres zones.

Une résistance à la chloroquine a été observée dans trois régions. On prépare avec la coopération de l'OMS un projet pilote de distribution de médicaments antipaludiques dans une zone où aucune pulvérisation n'a été faite jusqu'à présent. (Voir la suite de la discussion à la section 2 de la septième séance).

La séance est levée à 17 heures.