

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA DEUXIEME SEANCE

Nippon Press Center Hall, Tokyo
Mardi 6 septembre 1977, 14 h 30

PRESIDENT : Dr T. Saburi (Japon)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Rapport du Directeur régional (suite)	93
2. Coopération technique entre pays en développement	97
3. Fondation Jacques Parisot - Bourse de recherche en médecine sociale ou en santé publique : sélection des candidats à la bourse qui sera octroyée en 1978	99

La liste des Représentants à la vingt-huitième session a été publiée séparément sous la cote WPR/RC28/14 Rev.1.

1. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL : Point 9 de l'ordre du jour (document WPR/RC28/3) (suite de la première séance, partie 7)

Chapitre 2. Services de santé généraux

Le Dr SENILAGAKALI (Fidji) se félicite de la place privilégiée accordée aux soins de santé primaires et au développement rural dans le rapport du Directeur régional et dans l'allocution du Directeur général.

Dans la perspective de la Conférence régionale sur les soins de santé primaires qui aura lieu prochainement à Manille, son pays a organisé il y a deux mois, avec l'appui du FISE et de l'OMS, un séminaire sur ce thème qui a aidé à mieux comprendre la nécessité d'une participation bien conçue de la collectivité aux soins de santé primaires, en particulier au plan politique pour réduire les dépenses générales en consacrant davantage de ressources aux services de santé de base. La "santé pour le peuple par le peuple" est un objectif que l'on s'emploie activement à atteindre. Les participants au séminaire ont cependant éprouvé quelque difficulté à comprendre la méthodologie de l'OMS. Avant d'exécuter de nouveaux programmes, le Gouvernement, l'OMS et la population intéressée doivent donc se concerter plus à fond.

Le Dr WEINSTEIN (Etats-Unis d'Amérique) se déclare également satisfait de l'accent mis dans le rapport sur les soins de santé primaire. Les agents de santé ont un rôle fondamental à jouer au niveau de la collectivité.

Le Dr NOORDIN (Malaisie) salue l'initiative de l'OMS qui a organisé en septembre 1976 le premier groupe de travail régional sur les services de santé de base et qui, avec les conférences-ateliers, le dialogue et la conférence qui lui ont fait suite pendant l'année en cours, cristallisera l'action du gouvernement dans ce domaine. Ayant dirigé le groupe de travail, il rappelle que dans la Région, seuls la Chine et le Samoa assurent une couverture totale de la population, tandis que le taux varie dans les autres pays. En Malaisie, le taux de couverture est actuellement estimé à 50 % et l'on prévoit une couverture totale d'ici 1990. Il importe avant tout d'amener la population à l'échelon périphérique à participer, avec le Gouvernement, aux activités sanitaires qui la concernent. Une enquête à cette fin sera menée pendant l'année en cours sur les zones mal desservies et sur les ressources locales disponibles.

Le Gouvernement malaisien espère continuer à appliquer l'approche multisectorielle en 1978 et il est donc satisfait que l'OMS accepte de remettre à une date ultérieure la conférence-atelier nationale qui était prévue; on disposera ainsi de davantage de temps pour formuler d'autres stratégies sanitaires sur la base des résultats d'une enquête menée avec la participation de plusieurs secteurs et de la collectivité.

Bien que les soins de santé primaires, en Malaisie, ne constituent en un sens qu'une mesure provisoire en attendant la mise en place en 1990 d'un réseau sanitaire à deux niveaux, il importe qu'ils puissent entraîner un changement de la politique sanitaire et modifier le système des soins en le rendant plus efficace.

Il serait souhaitable que l'OMS collabore au développement des services qui s'adressent aux zones mal desservies, notamment dans le contexte de la planification à moyen terme.

M. SAFITOA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) se félicite de l'appui fourni par l'OMS pour l'organisation en juillet et août 1977 de deux séminaires-ateliers nationaux sur les soins de santé primaires qui ont aidé à renforcer l'idée que les soins ne sont plus du ressort exclusif des autorités sanitaires. La participation de la collectivité est nécessaire ainsi que celle d'autres départements gouvernementaux. Le Ministère de l'Industrie primaire et le Ministère de l'Education, par exemple, ont participé à ces deux réunions. Ce type de collaboration est fondamental pour la promotion des soins de santé primaires et il convient d'organiser d'autres séminaires-ateliers.

Le Gouvernement de la Papouasie-Nouvelle-Guinée s'emploie à convaincre les populations rurales qu'il n'est pas nécessaire, pour obtenir des soins, de s'adresser systématiquement à des établissements tels que les hôpitaux. Un programme d'éducation pour la santé a été mis en route en vue de gagner le soutien de la collectivité et en particulier d'aider les habitants à éviter les maladies courantes parce que, entre autres raisons, les services curatifs nécessaires deviennent trop coûteux.

Le Dr DEBRAY (France), tout en reconnaissant l'intérêt qu'il peut y avoir à promouvoir les soins de santé primaires, fait remarquer que ces programmes doivent être placés dans le cadre et sous le contrôle des services de santé classiques. La mise en place d'un important personnel paramédical appelé à assurer les soins primaires ne peut s'opérer que moyennant une réduction financière correspondante en postes de médecins.

Chapitre 3. Santé de la famille

Le Dr NOORDIN (Malaisie) souligne l'importance de l'éducation sanitaire rurale en rapport avec la santé de la famille dans le cadre de tous les programmes de santé de façon à stimuler la participation de la collectivité à l'action de santé, voire de la mobiliser pour qu'elle contribue aux activités en argent ou en nature. En Malaisie, on a réussi à obtenir la participation de la collectivité en associant les activités sanitaires à l'infrastructure mise en place par le Gouvernement pour le développement communautaire national, par exemple en assurant la promotion de la santé de la famille et en luttant contre le paludisme, la fièvre hémorragique dengue et l'insalubrité. L'approche multisectorielle fait intervenir des comités d'action coiffés par des responsables de district et, à la base, les comités de développement du village, les clubs de jeunes, les groupes de femmes et les organisations d'agriculteurs.

L'emploi des médias, notamment de la radio, pour l'éducation sanitaire en vue d'intensifier la participation de la collectivité a été tenté en Malaisie et mérite d'être étudié plus avant. Les ressources des médias devraient être utilisées pour améliorer la couverture sanitaire des zones rurales mal desservies et des groupes cibles connus. Cette éducation fondée sur les médias devrait être développée pour porter non seulement sur la santé mais sur la famille et la collectivité ainsi que sur les secteurs socio-économique et autres.

Le D^r SENILAGAKALI (Fidji) dit que son Gouvernement apprécie la collaboration de l'OMS en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale. Il existe désormais une unité de santé de la famille qui fonctionne de façon satisfaisante; elle est également chargée de faire de l'éducation sanitaire, et des mesures sont prises en vue de promouvoir ses activités au niveau du village et de la division. Il est également prévu d'ouvrir une unité de planification familiale en 1979.

La nutrition reste un problème majeur à Fidji mais le comité national de la nutrition s'y attaque avec une aide internationale. Comme prévu, le Programme alimentaire mondial a versé US \$ 5 000 000 pour des distributions de lait au cours des cinq prochaines années.

Chapitre 4. Développement des personnels de santé

Le D^r CUMMING (Australie) dit que, bien que la question doive être examinée un peu plus tard dans le cadre d'un point distinct de l'ordre du jour, il souhaite dès maintenant demander que l'on insiste davantage sur le point mentionné à la partie 4.1, à savoir la nécessité d'établir des liens entre les instances qui assurent des services de santé et celles qui forment les personnels requis. D'autre part, il estime que, dans le rapport, les diagrammes relatifs à la répartition des bourses d'études, s'ils présentent déjà un intérêt considérable pour les gouvernements, seraient plus utiles encore s'ils donnaient des chiffres comparés pour les différentes années. Ainsi, la proportion de bourses consacrées au développement des personnels de santé est tombée de 48,1 % en 1975-1976 à 3 % seulement pour la période couverte par le rapport. Il y a certainement à ces changements des raisons compréhensibles. Cette observation ne doit pas être considérée comme une critique du rapport, qui constitue un document de travail extrêmement utile. Le Dr Cumming pense néanmoins que cette modification sera une amélioration et que les représentants se féliciteront d'avoir des renseignements supplémentaires pour comparer les tendances qui caractérisent l'utilisation des fonds destinés aux bourses d'études.

Le Dr SENILAGAKALI (Fidji) dit que le problème auquel se heurte son pays est de persuader les travailleurs sanitaires qualifiés de quitter les zones urbaines pour travailler dans des localités rurales. On envisage de recruter des villageois et de les former à cet effet.

L'Ecole de Médecine de Fidji formera très volontiers des ressortissants d'autres pays. Les assistants médicaux seront désormais appelés "agents de santé primaires".

Chapitre 5. Lutte contre les maladies transmissibles

Le D^r SUMPAICO (Philippines) souligne que, dans son pays, le programme de vaccination couvre des zones prioritaires regroupant 34 % de la population et qu'il est prévu d'accroître cette couverture de 5 % par an. Son succès dépend toutefois de la qualité du vaccin et de la chaîne du froid. L'attention se porte actuellement sur les zones urbaines et semi-urbaines, qui sont d'accès plus facile, dans les 75 provinces du pays.

Les vaccinations sont pratiquées par des infirmières et des sages-femmes des unités de santé rurales et des centres de santé urbains, qui font deux fois par an des tournées de 28 jours afin d'administrer le DTC et le BCG aux groupes d'âge appropriés.

Au cours de la deuxième tournée, effectuée en janvier/février 1977, la couverture a atteint 83 % dans quatre des douze districts sanitaires mais elle n'a été que de 51 % dans quatre autres, les quatre derniers ayant une couverture relativement satisfaisante de 70 %; on s'efforce actuellement d'améliorer cette moyenne.

Un consultant à court terme de l'OMS va donner des avis sur les problèmes liés à la chaîne du froid, tandis qu'un autre va former des inspecteurs locaux aux techniques d'examen des cicatrices.

Le Dr KEO PHIMPACHANH (République démocratique populaire lao) souligne qu'à en juger par l'expérience de son pays, la vaccination par les services de santé primaires est préférable, notamment parce que plus économique, à la vaccination par les équipes mobiles.

Le Dr SENILAGAKALI (Fidji) dit que son Gouvernement envisage de créer un centre de formation à la lutte antilépreuse que pourront également utiliser les pays voisins.

L'incidence de la tuberculose a fortement régressé, ce qui a permis de réduire le nombre de lits d'hôpital utilisés à cette fin de 400 à 100 et de transformer l'une des deux unités mobiles de dépistage en unité de dépistage des cardiopathies et de l'hypertension.

La gonococcie et la syphilis sont en augmentation. Les jeunes de Fidji sont plus exposés à la syphilis depuis que le pian a été éliminé. L'OMS a apporté à cet égard une aide précieuse.

Chapitre 6. Lutte contre les maladies non transmissibles

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) signale que d'après une enquête sur l'hypertension faite dans son pays, les moyens de dépistage systématique ne sont pas plus efficaces que les techniques normales de dépistage, bien qu'ils coûtent beaucoup plus cher.

Le rhumatisme articulaire aigu pose un problème en Nouvelle-Zélande et l'on envisage de créer un centre de référence, notamment pour le typage des streptocoques.

Chapitre 7. Substances prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques

Le Dr SUMPAICO (Philippines) fait observer que son pays prévoit d'accroître rapidement la production du vaccin DTC ainsi que du vaccin BCG lyophilisé et d'un vaccin antirabique pour les chiens. Il sera ainsi possible d'améliorer le taux de couverture du programme élargi de vaccination, qui est de 30 %, et d'aider d'autres pays de la Région.

Le Dr NOORDIN (Malaisie) souligne que la politique et la gestion pharmaceutiques, auxquelles seuls deux paragraphes sont consacrés dans le rapport, revêtent une grande importance pour les pays de la Région, dont la Malaisie.

Aucune observation n'est faite sur les autres chapitres du Rapport.

Le DIRECTEUR REGIONAL se déclare reconnaissant des questions soulevées et des observations faites, mais il aurait souhaité entendre davantage de critiques. Il se félicite de la suggestion relative à l'introduction du rapport faite par les Représentants de l'Australie et de la Papouasie-Nouvelle-Guinée et il s'efforcera de s'y conformer. En réponse à la question soulevée par le Représentant du Royaume-Uni, il indique que, si les gouvernements n'ont pas fait figurer la rougeole dans le programme, c'est tout d'abord en raison du coût élevé du vaccin, ensuite à cause de problèmes liés à la chaîne du froid et enfin parce que la maladie n'est pas aussi grave dans la Région du Pacifique occidental qu'en Afrique. La priorité revient à la coqueluche car elle est plus grave et les complications qu'elle entraîne sont plus fréquentes. L'OMS sera heureuse de collaborer avec le Représentant du Portugal pour tenter d'endiguer la tuberculose à Macao.

Le Représentant de l'OMS à Suva fera tout ce qui est en son pouvoir pour intensifier les consultations entre le Gouvernement de Fidji et l'Organisation.

Pour répondre au Représentant de l'Australie, le Directeur régional indique qu'il veillera à ce que les diagrammes présentant la situation en matière de bourses d'études comportent les renseignements nécessaires à la comparaison des tendances.

En l'absence de toute autre observation, le PRESIDENT prie les Rapporteurs de préparer une résolution appropriée. (Voir l'examen du projet de résolution à la deuxième séance, section 1.1).

2. COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT : Point 17 de l'ordre du jour (document WPR/RC28/10)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle au Comité qu'en septembre 1974 il a adopté une résolution dans laquelle il reconnaissait l'opportunité de mettre en place une structure qui permettrait aux pays en développement d'échanger leurs compétences techniques et leur expérience et, partant, de renforcer l'efficacité de la coopération régionale. Depuis lors, la coopération technique entre pays en développement est apparue comme l'un des courants majeurs de la coopération internationale sur les plans social et économique et elle a fait l'objet de discussions approfondies au Conseil d'administration du PNUD, au Conseil économique et social des Nations Unies, à l'Assemblée générale des Nations Unies, à l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi qu'au Conseil exécutif de l'OMS. Le Comité régional est tout naturellement l'instance voulue pour déterminer les activités régionales à entreprendre et promouvoir une meilleure compréhension des objectifs de la coopération technique entre pays en développement.

Le document WPR/RC28/10 énonce les principes et objectifs à prendre en considération pour l'étude d'un plan d'action en matière de coopération technique entre pays en développement et il propose des modalités pour l'application du concept dans la Région.

Le Directeur régional invite les représentants à étudier la possibilité de créer un sous-comité qui conseillerait le Comité régional quant aux voies pratiques qu'il conviendrait de suivre et de faire le point périodiquement des questions qui pourraient se poser sur les plans politique, juridique ou commercial.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare que, comme il l'a expliqué au Conseil exécutif à sa soixantième session, le concept de CTPD est aussi révolutionnaire que celui des soins de santé primaires. C'est, dans le contexte politique, et en particulier pour le "Groupe des 77" pays non alignés, un facteur d'importance majeure à prendre en considération pour les deux prochaines décennies de "développement". La CTPD s'écarte totalement du concept traditionnel dont s'inspirent les projets inter-pays de l'OMS. Si cette coopération ne se réalisait pas entièrement sur l'initiative des pays en développement eux-mêmes, c'est un mot d'ordre de plus qui resterait sans effet. Le Directeur général invite les représentants à reconnaître l'importance capitale d'un tel fait; une grande partie des programmes et des budgets de l'OMS devrait être orientée dans le sens de la CTPD, et il faudra qu'au cours des cinq prochaines années l'OMS s'adapte totalement au concept en question, les pays développés n'ayant plus à jouer qu'un rôle de soutien. Si ce concept - dont l'importance est décisive pour l'adoption de techniques appropriées, les politiques en matière de médicaments, la production de vaccins et le développement des personnels - n'est pas bien compris, l'esprit voulu ne prévaudra ni au sein du Conseil exécutif ni à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Le D^r WEINSTEIN (Etats-Unis d'Amérique) appuie la proposition du Directeur régional concernant la création d'un sous-comité de la coopération technique entre pays en voie de développement qui, espère-t-on, travaillera en collaboration étroite avec le Directeur régional et avec les Etats Membres intéressés.

Le D^r NICHOLSON (Royaume-Uni) et le D^r SUMPAICO (Philippines) s'associent aux observations du Représentant des Etats-Unis d'Amérique.

Le D^r CUMMING (Australie) s'associe également à ces observations, ajoutant que selon son pays la CTPD est par excellence une activité de niveau régional, dans laquelle les comités régionaux, en particulier, doivent jouer un rôle de pointe. Les comités régionaux doivent s'intéresser sérieusement au concept et à la suite donnée à toutes les résolutions qu'ils adopteront à ce sujet.

L'excellent document consacré à la politique donne un large aperçu à ce sujet; il faut consacrer une attention particulière à l'utilisation des compétences et techniques déjà disponibles dans le monde en développement. Le Représentant de l'Australie pense spécialement à l'élaboration de systèmes de prestation de soins de santé, au sujet de laquelle tous les Membres de l'OMS ont des choses à apprendre des pays en développement. Le Comité régional fera bien de penser très sérieusement à la question.

En l'absence d'autres observations, le PRÉSIDENT demande au Comité s'il est favorable à la création d'un sous-comité composé des Représentants du Japon, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, de la République de Corée et de Singapour, le Représentant de la Papouasie-Nouvelle-Guinée étant chargé de diriger les débats. Ce sous-comité se réunirait au cours de la session et présenterait son rapport en séance plénière le lundi 12 septembre.

Il en est ainsi décidé. (Voir l'examen du rapport du Sous-Comité à la sixième séance, section 4.1).

3. FONDATION JACQUES PARISOT - BOURSE DE RECHERCHE EN MÉDECINE SOCIALE OU EN SANTÉ PUBLIQUE : SÉLECTION DES CANDIDATS A LA BOURSE QUI SERA OCTROYÉE EN 1978 : Point 12 de l'ordre du jour (documents WPR/RC28/5 Add.1 et Add. 2)

Le DIRECTEUR RÉGIONAL rappelle que la Fondation Jacques Parisot a été créée en 1969 pour perpétuer le souvenir du Professeur Jacques Parisot, ancien Président de l'Assemblée mondiale de la Santé. Jusqu'en 1975, des conférences ont été organisées au cours de l'Assemblée de la Santé mais, cette année là, il a été suggéré de remplacer les conférences par l'octroi d'une bourse de recherche en médecine sociale ou en santé publique. Par roulement, chaque Comité régional de l'OMS devra choisir trois candidats dont les projets de recherche seront examinés par le Comité consultatif régional de la recherche médicale de la Région correspondante et soumis au Comité de la Fondation. En 1977, le Comité régional du Pacifique occidental a été choisi par tirage au sort pour procéder à cette sélection. Le candidat retenu percevra une somme d'environ US\$ 5000 qui lui permettra d'entamer ses recherches en février 1978 et d'en présenter les résultats en mars 1979. En mai de cette même année, la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé lui décernera la médaille Jacques Parisot et le Directeur général décidera si l'OMS publie ou non son rapport.

Le Directeur régional suggère de former un petit groupe de travail qui étudierait les propositions des candidats désignés par les États Membres et en choisirait trois; le groupe de travail pourrait être composé des Représentants de la France, de la Malaisie et de la Nouvelle-Zélande ainsi que de tout autre Représentant désireux de participer aux travaux. Le Représentant de la Nouvelle-Zélande serait chargé de diriger les débats et, avec l'assistance du Secrétariat, de convoquer les réunions du groupe. Celui-ci pourrait tenir une réunion à un moment quelconque au cours des deux prochains jours et présenter ses recommandations le jeudi 8 septembre, au cours de la séance plénière du matin.

Il en est ainsi décidé. (Voir l'examen des recommandations du groupe de travail à la quatrième séance, section 4.).

La séance est levée à 15 h 55.