



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITE REGIONAL

Trente-quatrième session
Manille

WPR/RC34/SR/5
7 septembre 1983

ORIGINAL: ANGLAIS

COMPTE RENDU ANALYTIQUE PROVISoire DE LA CINQUIEME SEANCE

Salle de conférences de l'OMS, Manille
Mercredi 7 septembre 1983, à 9 heures

PRESIDENT: Datuk (Dr) Abdul Khalid Sahan (Malaisie)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales: Composition du Conseil conjoint de coordination	3
2. Sous-Comité de la Coopération technique entre pays en développement	4
2.1 Rapport du Sous-Comité de la Coopération technique entre pays en développement	4
2.2 Composition du Sous-Comité de la Coopération technique entre pays en développement	11
3. Sous-Comité du Programme général de travail	11
3.1 Rapport du Sous-Comité du Programme général de travail	12

Note: Toute rectification au présent compte rendu analytique devra être communiquée à l'administratrice responsable du programme et des rapports, bureau 326, ou remise au guichet de renseignements situé à l'entrée de la salle de conférences dans les 24 heures suivant sa distribution.

La liste des représentants à la trente-quatrième session est donnée séparément dans le document WPR/RC34/DIV/1.

1. PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES - COMPOSITION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION: Point 10 de l'ordre du jour (Document WPR/RC34/4)

Le DIRECTEUR REGIONAL appelle l'attention du Comité sur le paragraphe 2.2.2 du Protocole d'accord relatif à la structure administrative du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, qui prévoit la sélection de deux représentants des pays directement concernés par les maladies faisant l'objet du Programme spécial pour siéger au Conseil conjoint de coordination.

Les deux Etats Membres de la Région du Pacifique occidental choisis par le Comité régional pour envoyer des représentants à Genève en tant que membres du Conseil sont actuellement la Chine et la République de Corée. Le mandat de trois ans de la Chine expire le 31 décembre 1983.

Le Comité est invité à désigner l'Etat Membre qui représentera la Région à compter du 1^{er} janvier 1984.

Le Dr SUNG WOO LEE (République de Corée) propose que la Malaisie soit nommée au Conseil conjoint de coordination.

Le Dr ZHANG BEIXIANG (Chine) et le Dr TAPA (Tonga) appuient la proposition.

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle aux Etats Membres que tout pays qui n'est pas choisi pour siéger au Conseil ni par les contributeurs aux ressources du Programme spécial (paragraphe 2.2.1 du Protocole d'accord) ni par le Comité régional peut faire savoir qu'il souhaite être désigné par le Conseil conjoint de coordination lui-même (paragraphe 2.2.3 du Protocole d'accord). Le Conseil peut ainsi désigner trois membres et il y aura en janvier 1984 un siège vacant dans cette catégorie. Les candidatures doivent parvenir au coordonnateur du Programme spécial 60 jours avant la prochaine réunion du Conseil, qui aura lieu du 25 au 27 juin 1984, soit avant le 25 avril 1984. Les candidatures parvenues à Genève après cette date ne pourront être retenues.

D'autre part, tout gouvernement ou organisation qui est partie coopérante, conformément au paragraphe 1.2 du Protocole d'accord, est autorisé à envoyer, à ses frais, un observateur aux réunions du Conseil. Les demandes officielles de statut d'observateur doivent parvenir au coordonnateur du Programme spécial à Genève avant le 10 juin 1984.

Le PRESIDENT, en l'absence d'autres observations, déclare que le Comité approuve la proposition tendant à ce que la Malaisie représente la Région au Conseil conjoint de coordination et il invite les Rapporteurs à préparer un projet de résolution.

2. SOUS-COMITE DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT:
Point 11 de l'ordre du jour

2.1 Rapport du Sous-Comité de la coopération technique entre pays en développement: Point 11.1 de l'ordre du jour (Document WPR/RC34/5)

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande), Président du Sous-Comité de la Coopération technique entre pays en développement, présente le rapport du Sous-Comité, rappelant que celui-ci a tenu sa douzième session les 16 et 17 juin 1983 à la suite d'une visite aux Philippines durant le mois de mars.

Agissant en fait en tant que comité chargé de revoir les programmes, il a commencé par se pencher sur les infections aiguës des voies respiratoires, dont on admet généralement qu'elles constituent un problème de santé important et une cause majeure de morbidité et de mortalité chez le nourrisson et le jeune enfant dans la plupart des pays de la Région. Des études faites au Centre collaborateur OMS de Goroka (Papouasie-Nouvelle-Guinée) et la réunion régionale des principaux chercheurs en 1982 ont montré que l'on possédait les connaissances suffisantes pour pouvoir assurer un diagnostic et un traitement rapides des infections aiguës des voies respiratoires.

Pour que ces connaissances puissent être appliquées, le Sous-Comité a recommandé que la lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires devienne partie intégrante des stratégies de la santé des différents pays, qui doivent désigner un service ou une personne chargés de centraliser les activités; il serait bon d'utiliser le mécanisme classique offert par le Programme élargi de vaccination; il faudrait former des agents au diagnostic et au traitement précoces, en mettant particulièrement l'accent sur les soins de santé primaires et l'éducation des parents; une approche plurisectorielle est nécessaire si l'on veut améliorer la situation du point de vue de la nutrition, de l'habitat, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement - autant d'éléments importants pour l'amélioration de l'état de santé général, notamment des enfants.

Le Sous-Comité a ensuite examiné ces deux maladies liées entre elles que sont le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales, la première étant apparue dans les années 1970 comme une maladie importante dans les pays en développement eux-mêmes. Vu la nécessité d'être mieux renseigné sur les cardiopathies, le Sous-Comité a recommandé que l'on insiste davantage sur la collecte dans les pays de données relatives à l'incidence et la prévalence de ces maladies et sur l'établissement d'indicateurs pour les maladies dégénératives chroniques, de façon à sensibiliser la collectivité. Là encore, les pays devraient désigner des points focaux pour les activités de lutte, et si possible, mener des programmes pilotes de prévention, en s'appuyant, pour le rhumatisme articulaire aigu, sur les soins de santé primaires. Enfin, il faudrait inciter le Comité consultatif de la recherche médicale du Pacifique occidental à accorder un appui plus soutenu à la recherche dans ce domaine.

Il est d'autre part apparu que la lutte contre les maladies cardiovasculaires pourrait être un sujet intéressant pour les discussions techniques qui auront lieu lors d'une prochaine session du Comité régional. Peut-être aussi le Comité pourrait-il adopter une résolution afin d'appuyer le programme de lutte contre ces maladies.

Les soins de santé primaires et la formation pertinente sont apparus comme un important sujet d'étude en 1984, mais le Sous-Comité a estimé qu'il fallait également se pencher sur l'importance croissante de l'hépatite B; cette maladie devrait donc retenir tout particulièrement l'attention du Comité régional à sa prochaine session.

Pour le Dr Christmas, le Sous-Comité a fait un travail à la fois utile et efficace en étant conscient de sa finalité, et le Comité régional devrait lui confier la responsabilité de revoir les programmes qui intéressent la coopération technique.

M. HUSSAIN (Malaisie) appuie sans réserves les recommandations relatives aux maladies cardio-vasculaires et dit s'intéresser tout spécialement au rôle du personnel paramédical dans la prévention et la lutte.

Il approuve également les recommandations sur les infections aiguës des voies respiratoires, qui sont la cause la plus courante des demandes de consultations externes en dépit de l'efficacité des moyens de lutte disponibles. La Malaisie est en train de mettre sur pied un comité national pour les infections aiguës des voies respiratoires, et elle souhaiterait être renseignée sur l'expérience faite par d'autres pays dans l'utilisation du personnel paramédical.

Les recommandations du Sous-Comité concernant les futurs sujets d'étude ont l'approbation de la délégation malaisienne.

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) se félicite du rapport et des recommandations du Sous-Comité; il souscrit tout particulièrement à la recommandation tendant à ce que des programmes nationaux d'éducation sanitaire soient entrepris pour la prévention des maladies cardio-vasculaires, notamment par des mesures anti-tabac. Cette action aura également un impact sur la lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires. Les six recommandations sur les maladies cardio-vasculaires sont raisonnables et bien adaptées aux différentes situations que l'on trouve dans la Région. La formation d'agents des soins de santé primaires garantira une évaluation directe des besoins locaux et des moyens optimaux d'y répondre. L'éducation pour la santé doit être axée sur la spécificité des conditions locales. Le National Heart, Lung and Blood Institute des National Institutes of Health (Etats-Unis d'Amérique) possède divers matériels pédagogiques sur l'hypertension (lutte, dépistage, nutrition et chimiothérapie) destinés à un usage domestique et qui pourraient s'adapter à certaines situations de la Région du Pacifique occidental. Des exemplaires seront mis à la disposition des administrateurs de la santé qui en feront la demande.

S'il est possible de prévenir certaines infections aiguës des voies respiratoires grâce aux vaccins relativement peu coûteux dont on dispose actuellement pour des maladies telles que la coqueluche, la rougeole et la diphtérie - maladies visées par le Programme élargi de vaccination - on ne peut toutefois compter uniquement sur celui-ci pour réduire de façon significative l'incidence des infections aiguës des voies respiratoires dans les pays en développement, où les agents étiologiques ne sont pas bien connus, - d'où la difficulté de prévoir l'efficacité des stratégies de lutte.

Le Dr Minners approuve les recommandations du Sous-Comité, notamment celles qui ont trait à la mise en place de programmes de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires, à la formation, à la plus grande disponibilité des antimicrobiens et à l'utilisation des mécanismes du Programme élargi de vaccination. En outre, il faudrait donner la priorité à la mise au point d'épreuves diagnostiques rapides, peu coûteuses et sensibles applicables sur le terrain; elles seraient au demeurant très utiles pour les études épidémiologiques des infections aiguës des voies respiratoires dans divers pays. Chose peut-être essentielle, ces études dans des pays en développement aideraient à circonscrire l'ampleur du problème, à déterminer l'incidence par âge et par organisme pathogène, condition indispensable pour planifier efficacement la lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires, la distribution des antimicrobiens et la mise au point et l'utilisation des vaccins.

Le Dr SUNG WOO LEE (République de Corée) loue lui aussi la qualité du rapport, se référant particulièrement à la section 4.1.5 des recommandations, concernant la préparation et l'échange de manuels et de principes directeurs à l'usage des agents des soins de santé primaires. Il approuve les observations relatives au coût élevé de la création de centres de lutte contre les maladies cardio-vasculaires. Sa délégation appuie la proposition tendant à ce qu'une résolution sur les maladies cardio-vasculaires soit soumise au Comité régional à sa présente session.

M. LAVEA LIO (Samoa) a pris note des principaux points du rapport; il est vrai en particulier que les gouvernements doivent agir dès maintenant s'ils veulent parvenir à la santé pour tous en l'an 2000, car il faudra plusieurs années avant que l'impact ne se fasse sentir. Il faut mettre en oeuvre des programmes de lutte contre les maladies cardio-vasculaires par l'intermédiaire des soins de santé primaires et mener des études pilotes. Les maladies cardio-vasculaires constituent un problème grave au Samoa. M. Lavea Lio a également noté les recommandations sur les infections aiguës des voies respiratoires, notamment en ce qui concerne la nécessité de désigner des points focaux pour la lutte contre ces maladies, et l'utilité de la recherche sur les services de santé.

Il a également pris bonne note des sujets qui pourraient être étudiés par le Sous-Comité à l'avenir.

Le Dr ROMUALDEZ (Philippines) déclare que le Gouvernement de son pays a entrepris un programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires mené conjointement par le Ministère de la Santé et la division de la recherche du Centre philippin pour les maladies cardiaques; on a mis sur pied dans une province un programme pilote de surveillance et de lutte qui devrait, on l'espère, constituer la base de l'organisation d'un programme national de lutte.

Un comité national pour les infections aiguës des voies respiratoires a été chargé d'évaluer les résultats des travaux faits par l'Institut de recherche en médecine tropicale dans un secteur de la zone métropolitaine de Manille et dans une zone rurale de la province de Bohol, afin de jeter les bases d'un programme de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires.

Les Philippines, conscientes du fait que l'hépatite virale constitue un important problème de santé, ont entrepris en collaboration avec le Japon un programme destiné à mettre au point des réactifs pour les épreuves diagnostiques et à fabriquer conjointement des vaccins.

Le Dr KITAGAWA (Japon) félicite le Sous-Comité de son excellent rapport. Les maladies cérébrovasculaires sont désormais la principale cause de décès au Japon, où l'on a enregistré un taux maximal de 176 décès par ces maladies pour 100 000 personnes en 1970. Avec l'amélioration des soins médicaux et du régime alimentaire et depuis que l'on connaît mieux l'influence des modes de vie et des habitudes sociales, le taux de mortalité a tendance à diminuer. Il faudrait faire savoir plus largement que, grâce aux progrès récents des sciences médicales et sociales, il est possible de prévenir ou de soigner la plupart des maladies cardio-vasculaires. Par ailleurs, les infections aiguës des voies respiratoires sont, après les maladies diarrhéiques, la cause la plus fréquente de décès parmi les enfants dans de nombreux pays en développement. Aussi faudrait-il intensifier au niveau des soins de santé primaires les activités visant à réduire la mortalité par ces infections, en coordination avec le Programme élargi de vaccination et le Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Le Dr SIALIS (Papouasie-Nouvelle-Guinée) dit que son pays ne possède pas encore de programme officiel de lutte contre les maladies cardio-vasculaires. Néanmoins lorsque des données épidémiologiques et statistiques plus fiables seront disponibles, les autorités sanitaires mettront sur pied un programme qui insistera sur les soins de santé primaires. Les recherches sur les infections aiguës des voies respiratoires se poursuivent à l'Institut de recherche médicale de Goroka. Dans le cadre d'un projet pilote mené dans les provinces de l'est, on a administré à quelque 11 000 enfants du vaccin anti-pneumococcique. Le programme élargi de vaccination mené sur l'ensemble du territoire comprend une formation en cours d'emploi qui privilégie les soins de santé primaires. Le pays ne possède pas de programme officiel de lutte contre les infections aiguës des voies respiratoires; l'action de lutte a été intégrée dans les services de santé généraux.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) fait observer qu'il est impossible de dire avec certitude quels sont les divers facteurs responsables des maladies cardio-vasculaires, encore que le tabac et la nutrition soient certainement des éléments sur lesquels il faut attirer particulièrement l'attention. En fait, on ne sait pas vraiment pourquoi le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires a diminué aux Etats-Unis, en Nouvelle-Zélande et au Japon. Les principaux cardiologues et épidémiologistes néo-zélandais vont bientôt se réunir pour faire le point des éléments disponibles; ils attireront vraisemblablement l'attention sur le fait que l'usage du tabac, le manque d'exercice, un poids excessif, l'hypertension et la consommation de sel sont des facteurs qui contribuent à l'apparition des maladies cardio-vasculaires. Il faut espérer que d'autres pays ayant les moyens de le faire pourront établir des programmes du même genre que le "Mr Fit Programme" mis en place aux Etats-Unis d'Amérique, de façon à pouvoir regrouper toutes les connaissances sur le sujet.

Le Dr THONG (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) félicite lui aussi le Comité de son excellent rapport. Tout en reconnaissant que les maladies cardio-vasculaires, les infections aiguës des voies respiratoires et l'hépatite méritent toutes de retenir l'attention, il est particulièrement intéressé par la proposition tendant à examiner l'importance de l'hépatite en santé publique dans la Région, de façon à renforcer les mesures de lutte.

Le Dr ZHANG YINE (Chine) approuve le rapport du Sous-Comité et pense qu'il est juste de mettre l'accent sur la prévention et le traitement des maladies cardio-vasculaires et des infections aiguës des voies respiratoires. Des recherches récentes ont montré que les maladies cérébrovasculaires étaient l'une des principales causes de décès. En Chine, des études épidémiologiques ont révélé que l'incidence de l'hypertension dans la population se situait entre 2 et 10%, allant de 3,94% en milieu rural à 7,25% en milieu urbain et de 3,52% au sud (Canton) à 9,68% au nord (Beijing). Bien qu'on ne connaisse pas les raisons précises de ces variations considérables, on suppose qu'elles sont liées aux habitudes alimentaires. Il existe dans le pays depuis 1969 une infrastructure de services chargés de la prévention et du traitement des maladies cardio-vasculaires, et la couverture ne cesse de s'améliorer. L'accent est mis sur le dépistage et le traitement précoce par des techniques tant occidentales que chinoises et par la chirurgie. Des centres collaborateurs OMS ont été créés à Beijing, Shangai et Guangdong. Par ailleurs, la Chine connaît une forte incidence des infections aiguës des voies respiratoires. Parce que ces deux types de maladies commencent à faire peser une grave menace sur la santé, la Chine souhaite vivement collaborer avec l'OMS et d'autres pays, pour améliorer le niveau de prévention et de traitement.

Le Dr REYNES (France) félicite le Sous-Comité pour ses recommandations, notamment celles qui concernent la lutte contre les maladies cardio-vasculaires. La France et la Polynésie française, qui sont gravement touchées par les maladies cardio-vasculaires, ont depuis de nombreuses années, en coopération avec l'OMS, fait des études épidémiologiques afin d'identifier les facteurs en cause. Si l'on ne dispose toujours pas de l'ensemble des résultats des projets pilotes de prévention menés par la France, des campagnes d'information du public ont en revanche été organisées afin d'initier le grand public aux divers aspects de ces maladies dans lesquelles il est évident qu'il existe une relation de cause à effet. C'est bien volontiers que son pays communiquerait à d'autres pays la documentation destinée à l'information du public et publiée par la Commission de l'éducation sanitaire et le Centre de lutte contre les maladies du coeur, cette documentation pouvant être adaptée à la conjoncture. Comme l'a suggéré le représentant de la Nouvelle-Zélande, la relation entre les facteurs responsables des maladies cardio-vasculaires revêt une importance plus grande que tout autre facteur pris isolément. C'est ainsi que la France envisage de procéder à de nouvelles études épidémiologiques afin d'identifier de plus près la combinaison des facteurs de risque impliqués; elle se félicite par avance de toute collaboration que l'OMS et les autres pays seraient susceptibles de lui apporter dans ce domaine.

M. NGUYEN DUY CUONG (Viet Nam) déclare que son pays fait pleinement siennes les recommandations du Sous-Comité. Au Viet Nam, le taux de morbidité et de mortalité dues aux maladies cardio-vasculaires n'a cessé de

croître dans les zones urbaines comme dans les zones rurales. Cette situation appelant une coopération régionale, il serait donc souhaitable que la question soit examinée dans le cadre des futures discussions techniques. Les infections aiguës des voies respiratoires soulèvent aussi un grave problème de santé, notamment chez les enfants; à cet égard, son Gouvernement appuie sans réserve les recommandations relatives au programme élargi de vaccination et à la définition de critères d'utilisation des antibiotiques.

Le Dr TARANTOLA (Conseiller régional pour les maladies transmissibles), répondant à une question soulevée par le représentant de la Malaisie, fait observer que la démarche adoptée dans le cadre des programmes relatifs aux infections aiguës des voies respiratoires diffèrent quelque peu de celle adoptée en ce qui concerne le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et le programme élargi de vaccination. Si, dans ce dernier cas, le point de départ est la formation à la gestion suivie par la formation de superviseurs et d'agents de santé périphériques, dans le cas des programmes relatifs aux infections aiguës des voies respiratoires, l'objectif est de mettre au point du matériel de formation, tel que des descriptifs d'activités et des tableaux diagnostiques à l'attention des agents de soins de santé primaires et des agents de santé périphériques et par suite, du matériel de formation destiné aux superviseurs de ces agents et aux directeurs nationaux. Comme l'a indiqué le représentant des Etats-Unis d'Amérique, les campagnes d'éducation sanitaire revêtent une grande importance; ceci est mis en évidence par une étude menée au Népal, laquelle fait apparaître que les risques pour les enfants de contracter des infections aiguës des voies respiratoires sont infiniment plus grands dans les familles dans lesquelles les parents fument. Si le programme élargi de vaccination constitue un précieux instrument de prévention des infections aiguës des voies respiratoires et s'il est indispensable de relier ce programme aux programmes relatifs aux infections aiguës des voies respiratoires, le programme élargi de vaccination ne saurait à lui seul entraîner une réduction notable des infections aiguës des voies respiratoires. L'OMS assure la promotion de recherches biologiques et épidémiologiques afin de mieux comprendre l'étiologie de ce type d'infections et leur mode de transmission. L'objectif prioritaire de l'OMS est la réduction de la mortalité, notamment chez des enfants de moins de cinq ans. On a donc un grand besoin de données de base qui permettent d'élaborer du matériel de formation à la gestion des cas afin d'aider les agents de soins de santé primaires voire les membres de la collectivité à déceler la présence des infections aiguës des voies respiratoires, à évaluer de degré de gravité de l'infection, à établir un diagnostic et à traiter les cas en ayant recours à des moyens simples, notamment la chimiothérapie. Des progrès considérables ont été enregistrés dans le diagnostic des virus pour lequel on a mis au point des techniques rapides infiniment plus commodes que celles utilisées dans le passé. Le fait que la technique des épreuves de détection des bactéries soit moins avancée que celle portant sur les virus dans les pays industrialisés tient sans doute à ce que les infections aiguës des voies respiratoires d'origine bactérienne ne soulèvent pas un problème majeur dans ces pays. Il serait donc particulièrement utile que les pays qui possèdent les moyens d'élaborer de nouvelles techniques participent activement à la mise au point de moyens nouveaux, rapides, faciles et peu onéreux, permettant de diagnostiquer les infections des voies respiratoires d'origine bactérienne. Une collaboration de ce genre s'est déjà instaurée avec les Centres de lutte contre les maladies d'Atlanta aux Etats-Unis

d'Amérique. Le projet de Bohol auquel s'est référé le représentant des Philippines et qui a bénéficié de l'appui du Gouvernement australien, est un des plus ambitieux projets lancés dans le monde dans le domaine des infections aiguës des voies respiratoires. Le représentant du Japon s'est référé à la nécessité de relier la lutte contre les maladies diarrhéiques et le programme élargi de vaccination. L'une des raisons à ceci tient au fait que l'un et l'autre visent la même population, à savoir les enfants de moins de cinq ans et leurs mères. Ils faisaient intervenir le même type de personnel, des agents de soins de santé primaires, des épidémiologistes et des pédiatres. Le fait qu'au Bureau régional pour le Pacifique occidental le programme élargi de vaccination et la lutte contre les maladies diarrhéiques et les programmes relatifs aux infections aiguës des voies respiratoires soient traités dans le même service illustre bien la nécessité de ce lien. Il conviendrait de féliciter la Papouasie-Nouvelle-Guinée pour avoir su prendre la tête de file dans le domaine de la recherche sur les infections aiguës des voies respiratoires. Le projet de recherche de Goroka est le premier projet de ce genre qui a été lancé sur une telle échelle. Il progresse normalement et a d'ores et déjà suscité des recherches analogues ailleurs. De la même façon, il serait intéressant de suivre les succès remportés dans le cadre du programme de vaccination au vaccin anti-pneumococcique testé en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Un groupe de spécialistes des infections aiguës des voies respiratoires devrait se rendre en Chine en 1984; on espère que la coopération sera renforcée dans ce domaine. Des recherches sur les infections aiguës des voies respiratoires ont par ailleurs été menées à l'Institut de la tuberculose à Hanoi, au Viet Nam, et il est envisagé d'élargir ce projet. Le renforcement de ce type de coopération dans ces trois pays ne peut être qu'extrêmement bénéfique et tout à fait bienvenu.

Le DIRECTEUR REGIONAL évoque certains progrès récemment réalisés dans le domaine des maladies cardio-vasculaires et de l'hépatite. Les maladies cérébrovasculaires et les maladies cardiaques chroniques soulèvent un grave problème dans la Région; du point de vue de la santé publique, elles ont des origines très voisines: consommation excessive de sel, tabagisme et malnutrition. Des études sur la question ont été faites en Chine, aux Etats-Unis d'Amérique, au Japon et en Polynésie française; l'OMS et la Commission du Pacifique sud envisagent d'en organiser aussi. La mise en commun des résultats de ces études épidémiologiques et en particulier de celle ayant trait à la nutrition, à l'environnement et au genre de vie constituerait un moyen de la prévention primaire. L'une des principales caractéristiques de prévention secondaire réside dans le contrôle de la pression sanguine mais, dans ce domaine, le coût extrêmement élevé des médicaments constitue un obstacle de taille. C'est ainsi par exemple qu'à Fidji, la délivrance à titre gracieux de médicaments contre l'hypertension entraînerait un triplement du budget actuel de l'Etat en matière de produits pharmaceutiques. La délivrance de médicaments, leur administration appropriée et régulière soulèvent un autre problème; l'offre des Etats-Unis d'Amérique de partager leur expérience avec les pays du Pacifique sud est particulièrement bienvenue.

L'apparition des cardiopathies rhumatismales est un phénomène récent dans de nombreux pays en développement dans lesquels les médecins modifient actuellement leurs habitudes en matière de délivrance de ordonnance, prescrivant, au lieu de pénicilline, des antibiotiques plus onéreux. On a découvert qu'il existait sur le plan statistique une corrélation certaine entre cette tendance et la fréquence croissante des cardiopathies rhumatismales. Dans la région, le coût du remplacement des valvules

cardiaques endommagées varie considérablement puisqu'il est de US\$3000 en Nouvelle-Zélande contre US\$300 en Chine. La production de valvules artificielles s'est considérablement accrue ces dernières années et le taux de succès de l'opération est actuellement de 80%. En conséquence, vu l'incidence croissante des cardiopathies rhumatismales, la mise au point de techniques appropriées et l'organisation d'une formation adéquate sont des domaines dans lesquels les pays possédant les compétences nécessaires devraient mettre leurs efforts en commun.

En ce qui concerne l'hépatite, il estime que la question devrait être inscrite à l'ordre du jour de la prochaine session du Comité régional qui jugera peut-être aussi utile d'examiner certains aspects de l'infection virale onchogène tels que l'herpès, le virus de la leucémie des cellules-T et le virus d'Epstein. Un tel examen pourrait servir de préliminaire à des recherches futures dans ce domaine.

Il en est ainsi décidé.

En l'absence d'observations, le PRESIDENT propose que deux projets de résolution soient préparés, l'un sur les infections aiguës des voies respiratoires et l'autre sur les maladies cardio-vasculaires. Etant donné que les maladies cardio-vasculaires devraient faire l'objet d'un examen complémentaire, aux termes de la résolution WHA36.32, il serait peut-être préférable d'attendre que des représentants aient donné leur opinion sur la question avant de mettre au point le deuxième projet de résolution.

2.2 Composition du Sous-Comité de la coopération technique entre pays en développement: Point 11.2 de l'ordre du jour.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que les membres du sous-comité de la coopération technique entre pays en développement sont les représentants de la Chine, de Fidji, du Japon et de la Nouvelle-Zélande. Le mandat de trois ans des représentants de Fidji et du Japon prend fin avec la présente session du Comité régional. Le Comité doit donc prendre une décision sur les deux Etats Membres appelés à désigner des représentants pour les remplacer. Le Comité jugera peut-être utile d'envisager la désignation de la Malaisie et de la République de Corée.

En l'absence d'observations, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer une résolution appropriée.

3. SOUS-COMITE DU PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL: Point 12 de l'ordre du jour.

LE DIRECTEUR REGIONAL fait observer, comme d'habitude, que le rapport du sous-comité est scindé en plusieurs parties correspondant à des différents points de l'ordre du jour. La première partie se réfère au point soumis à examen, le point 12.1 et la deuxième partie au point 13.1. Il espère que le Comité acceptera d'examiner chaque partie séparément au titre de chaque point pertinent de l'ordre du jour.

Si tel est le cas, il s'ensuit que le Sous-Comité du programme général de travail continuera d'être composé comme il l'était jusqu'à présent, jusqu'à ce que les deux parties de ce rapport aient été présentées au Comité régional. Il suggère donc que l'examen du point 12.2, Composition du Sous-Comité, soit reporté après l'examen du point 13.1.

Il en est ainsi décidé.

3.1 Rapport du Sous-comité du programme général de travail: Point 12.1 de l'ordre du jour (Document WPR/RC34/6)

Le Dr GALVEZ (Philippines), en l'absence du Président et du Rapporteur chargé de la première partie du rapport du Sous-comité du programme général de travail, présente cette partie du rapport du Sous-Comité au nom du Dr Bayan, membre du Sous-Comité. La première partie du rapport est constituée par un examen et une analyse de l'impact de la coopération de l'OMS avec les Etats Membres dans le domaine des soins infirmiers dans les soins de santé primaires.

Les membres du Sous-Comité se sont rendus à Fidji et en République de Corée du 13 au 26 mars 1983; ils y ont étudié le rôle des infirmières dans les soins de santé primaires, leurs préparations pour remplir ce rôle et leur participation à la planification, à la gestion, à la formation et à la recherche, en insistant sur la coopération avec l'OMS. Ces rapports figurent dans le document WPR/RC34/6, Annexes 1 et 2. Compte tenu du temps limité passé par les membres du Sous-comité dans les deux pays, ce tour d'horizon fut essentiellement large et d'intérêt général.

Dans les deux pays visités, les infirmières représentent le groupe le plus important de personnel de santé; elles travaillent à tous les niveaux de l'administration et de la gestion, de la formation, de la recherche et de la prestation des services de santé. Fidji a reconnu la nécessité de réorienter les programmes de base et les programmes perfectionnés destinés aux infirmières pour permettre aux infirmières diplômées d'acquérir les connaissances nécessaires au travail de santé communautaire; le pays a demandé à l'OMS de l'aider à passer en revue et à modifier les programmes d'études et à orienter les moniteurs. Des stages en cours d'emploi destinés à permettre aux infirmières de mettre à jour et de relever le niveau de leurs connaissances ont lieu périodiquement.

En République de Corée, l'enseignement infirmier a fait de réel progrès. Parmi ces progrès, l'un des plus notoires est l'organisation, depuis 1981, de la formation d'agents de santé communautaire et de l'envoi de ces agents dans des zones rurales éloignées peuplées d'environ 3000 habitants. Ces agents sont des infirmières/sages-femmes enregistrées ayant suivi un cours de formation complémentaire de six mois dans un Institut de formation désigné par le gouvernement; elles sont affectées à des postes de soins de santé primaires dans le cadre desquels elles sont chargées de traiter les maladies bénignes, de s'occuper des soins de santé maternelle et infantile et d'organiser la communauté. L'OMS a collaboré à la mise au point des programmes destinés à ces agents, à la formation du personnel enseignant et à l'intégration de la formation des agents dans le programme de formation de base en soins infirmiers.

Dans le domaine de la recherche, l'expérience acquise varie entre ces deux pays. Contrairement à leurs homologues de la République de Corée, les infirmières de Fidji ne semblent pas avoir été particulièrement affectées à des travaux de recherche.

La collaboration de l'OMS devrait se poursuivre dans les domaines suivants: examen complémentaire et modification des programmes d'études; formation de formateurs; élaboration de matériel didactique et renforcement des capacités dans les domaines de la recherche, de la gestion et de l'évaluation.

Le Dr KITAGAWA (Japon) se félicite de la première partie du rapport du Sous-Comité ainsi que des progrès réalisés aux niveaux tant régional que national dans la mise au point de systèmes de santé coordonnés fondés sur les soins de santé primaires, notamment de systèmes de soins infirmiers. La Région a joué un rôle de pionnier dans ce domaine, l'adoption de la résolution WPR/RC33.R14 par le Comité régional à sa précédente session ayant été suivie par l'adoption par la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1983 de la résolution WHA36.11 sur le rôle des infirmières.

Au Japon, les infirmières de la santé publique des municipalités, notamment des centres de santé, participent directement aux activités de santé communautaire en coopération avec les hôpitaux locaux. Avec l'adoption de la loi sur la santé pour les personnes âgées, le rôle capital de ces infirmières s'est vu renforcé et un nouveau plan d'action visant à étoffer leurs services afin de leur permettre de traiter les problèmes des personnes âgées fonctionne déjà.

Au plan international, son pays collabore au développement des personnels de santé notamment en ce qui concerne le personnel infirmier ainsi que des systèmes fondés sur les soins de santé primaires. De nombreuses infirmières de santé publique viennent ainsi au Japon compléter leur formation. Il espère que les recommandations du Sous-Comité seront rapidement suivies d'effets.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande), se félicitant lui aussi du rapport, souligne l'importance de son contenu. Son pays est très vivement favorable à un renforcement du rôle de la profession d'infirmières dans la gestion de la santé. Il regrette de constater qu'un seul membre du Sous-Comité assiste à la séance.

Il pose la question de savoir si un représentant de la profession d'infirmière a été chargé d'assister aux délibérations du Sous-Comité et si les observations de ces représentants étaient suivies à l'échelon régional.

Le Dr BIUMAIWAI (Fidji), remerciant le Sous-Comité pour ses observations, reconnaît la modicité du rôle des infirmières dans la prestation des soins de santé primaires à Fidji. Certaines modifications ont été apportées et certains progrès réalisés depuis la visite de plusieurs membres du Sous-Comité dans le domaine de l'élaboration des programmes d'études de base destinés aux infirmières, avec la coopération d'un consultant de l'OMS. Du personnel infirmier a été attaché au service de la recherche et des infirmières suivent actuellement un cours d'introduction de deux semaines avant d'être envoyées en poste dans leurs districts respectifs, afin d'approfondir leurs connaissances sur les activités de santé publique qui doivent être les leurs. Des cours post-universitaires sont actuellement organisés à l'intention des infirmières de la santé publique sur la délivrance des soins de santé primaires.

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) se félicite du rapport exhaustif et clair du Sous-Comité dont il appuie les recommandations, reconnaissant toutefois que l'OMS joue un rôle limité dans certaines activités. Il s'interroge par exemple sur le rôle que l'OMS devrait jouer dans le renforcement des fonctions de gestion des conseils de santé communautaire dont il est question dans la première recommandation au dernier paragraphe de l'Annexe 2.

A son avis, les visites rendues dans les pays telles que celles des membres du Sous-Comité, qui mettent l'accent sur des thèmes spécifiques, sont extrêmement précieuses pour les populations visées et constituent le fondement naturel d'une coopération technique appropriée et soutenue entre pays en développement.

Le Dr SUNG WOO LEE (République de Corée) se félicite de la visite rendue en République de Corée en mars 1983 par les membres du Sous-Comité et s'associe aux remarques élogieuses des précédents orateurs. L'Institut coréen de développement de la santé, créé en 1976 avec l'aide de l'USAID, a lancé un projet pilote couvrant une population de 300 000 habitants et dont les résultats ont conduit à la promulgation, en 1980, de la loi spéciale sur les services de soins de santé destinés aux populations rurales. Aux termes de cette loi, 859 praticiens de santé communautaires, essentiellement des infirmières qualifiées, ont été assignés à des zones rurales reculées. D'ici 1985, on peut espérer voir passer leur nombre à 2000. L'orateur remercie l'OMS pour tout appui qu'elle peut apporter à l'organisation des cours de formation des formateurs des praticiens de santé communautaires et pour le développement des programmes de formation en soins d'infirmiers de base.

Le Dr SIALIS (Papouasie-Nouvelle-Guinée) se dit d'accord avec les orateurs précédents en ce qui concerne l'importance du rôle des infirmières. Les services de soins infirmiers sont bien organisés dans son pays et les infirmières semblent être plus familières avec les soins de santé primaires que cela ne semble être le cas ailleurs. Il souligne l'importance du travail effectué par les infirmières de santé publique en comparaison de celui effectué par les autres travailleurs de santé; les premières visitent mensuellement les villages, opèrent des centres de santé et des sous-centres dans les zones rurales, et assurent le niveau même le plus élémentaire des soins de santé. Un projet provincial de recherche et de développement en matière de soins de santé primaires est largement géré par les infirmières. Il estime que cette catégorie de travailleurs de santé mérite appui et encouragement.

Le Dr BANZON (Philippines) fait l'éloge des programmes de soins infirmiers dans les pays visités et note avec satisfaction combien ils ressemblent à ceux des Philippines. Le travail a commencé quant au développement et à la mise à jour du programme, en collaboration avec les doyens et directeurs des collèges et des écoles de soins infirmiers et de sages-femmes. Elle souligne l'importance de ce projet compte tenu du rôle que jouent les infirmières dans la gestion et la supervision des soins de santé primaires au niveau des villages. Son pays souhaite coopérer étroitement avec Fidji et la République de Corée quant à l'échange de connaissances et d'expériences.

M. NGUYEN DUY CUONG (Viet Nam) rappelle que l'importance du rôle que jouent les soins infirmiers dans les soins de santé primaires a été discuté il n'y a pas si longtemps. Depuis lors, plusieurs pays, y compris le sien, ont atteint des résultats remarquables, mais il pense que des études complémentaires sont nécessaires pour préciser certaines activités à la lumière des discussions précédentes. Il souligne en particulier le besoin des cours de recyclage pour le personnel infirmier dans la perspective du nouveau rôle qu'il est appelé à jouer, ainsi que la nécessité d'une intégration des activités. A cet égard, son pays est occupé à réorganiser les services de santé pour coordonner le travail des infirmiers et des infirmières et celui des agents de santé des villages.

Le Dr OGATUTI (Iles Salomon) indique que la plupart des agents de santé des Iles Salomon ont été formés à Fidji; c'est la raison pour laquelle la situation est semblable dans les deux pays et que les recommandations formulées à la page 9 du rapport sont aussi applicables aux Iles Salomon. Il remercie l'OMS pour l'appui qu'elle a apporté aux réexamens des programmes de soins infirmiers. Les services de santé de son pays sont fondés sur des infirmiers et des infirmières praticiens qui accomplissent une bonne partie du travail généralement assigné à un médecin. Le rôle des infirmiers dans les services de santé a été récemment réexaminé en vue de l'adoption d'une loi sur les soins infirmiers qui devraient contribuer fortement à renforcer ces services. Compte tenu de l'importance du rôle que jouent les infirmiers et les infirmières, il reconnaît la nécessité d'appuyer fermement cette catégorie de travailleurs de santé.

Le Dr SUNG WOO LEE (République de Corée), répondant aux représentants des Philippines et du Viet Nam, rappelle deux conférences-ateliers inter-pays en Malaisie et en République de Corée en 1979. Un représentant des Philippines avait participé à la seconde. Il souligne l'importance de ces conférences-ateliers pour l'échange des connaissances et des expériences touchant au développement des soins de santé primaires et il recommande qu'elles soient poursuivies avec l'appui de l'OMS. L'éducation continue pour les personnels de santé, en particulier les médecins et les infirmières, a été rendue obligatoire en République de Corée : une loi spéciale dispose que les étudiants doivent suivre au moins dix heures de cours de recyclage par an et qu'une semaine de formation sur le terrain à l'adresse des praticiens de santé communautaires doit être organisée par le gouvernement provincial.

Le PRESIDENT indique qu'il a été très impressionné par le programme des praticiens de santé communautaires au cours de sa visite à la République de Corée. Il s'agit là d'un exemple qui montre ce que l'engagement et la volonté peuvent atteindre et il se réjouit de recevoir des informations complémentaires à l'avenir sur l'expérience que ce pays aura de l'utilisation des praticiens de santé communautaires dans les soins de santé primaires.

Le Dr HAN (Directeur de la gestion des programmes), répondant au représentant de la Nouvelle-Zélande, indique que, malheureusement, les soins infirmiers en tant que discipline ne sont pas encore représentés au Sous-Comité; toutefois, au cours de la visite aux pays, les représentants nationaux des soins infirmiers ont été impliqués de manière très étroite dans les travaux du groupe. Aussi, le Dr K.S. Lee du Bureau régional a accompagné le Sous-Comité en République de Corée; à Fidji, Mlle Leavy, infirmière OMS basée à Suva, s'est jointe au groupe.

Le DIRECTEUR REGIONAL, répondant également au représentant de la Nouvelle-Zélande, indique que le choix des représentants qui doivent participer au Comité régional est une prérogative nationale avec laquelle l'OMS ne peut interférer. Malheureusement, cette année, seuls deux membres du Sous-Comité participent au Comité régional. Toutefois, les commentaires des représentants ont été notés et ils seront portés à l'attention des Etats Membres en temps voulu.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) désire préciser que sa remarque ne s'adressait pas au Secrétariat; il suggère cependant que les représentants prennent note du fait que lorsqu'un sous-comité a été désigné, il serait souhaitable que les gouvernements désignent comme représentants au Comité régional ceux qui ont participé en tant que membres aux activités du Sous-Comité, afin qu'ils puissent présenter le rapport.

Le DIRECTEUR REGIONAL attire l'attention sur le point 14.1 de l'ordre du jour et sur la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA36.21. A cet égard, il a été recommandé que le thème intitulé "les femmes, la santé et le développement" soit inscrit à l'ordre du jour des sessions de 1984 des six comités régionaux. Il pense qu'il serait souhaitable que les Etats Membres en prennent bonne note lors de la désignation de leur représentant.

Le Directeur régional indique que conformément au plan d'action accepté par le Comité régional en 1981, la surveillance continue des progrès réalisés avait été le premier exercice de ce genre depuis que les pays ont entamé la formulation et la mise en oeuvre de leurs politiques et stratégies nationales de la santé pour tous.

Il est réconfortant de voir que dans de nombreux pays ou zones qui ont fait rapport sur ces activités, le processus de formulation et mise en oeuvre des politiques et stratégies de la santé pour tous a en effet contribué à accélérer les efforts existants de développement sanitaire.

Une lecture du rapport leur permettrait de mieux comprendre le processus lui-même et ses objectifs. Il est essentiel de déterminer l'ordre de grandeur des tâches à entreprendre, afin que soient réduites les injustices sociales en matière de santé existant au sein des pays, ainsi que les différences entre les pays, et que soient atteintes les cibles nationales et régionales de la santé pour tous.

Il est évident que des tentatives ont été faites d'évaluer l'ampleur de la tâche mais beaucoup reste encore à faire. Peu de cibles spécifiques ont été précisées dans les pays. Certains des systèmes nationaux d'information existants ne se prêtent pas à la fourniture d'informations nécessaires pour déterminer les cibles, préciser les indicateurs et suivre les progrès réalisés. Il en résulte que les données relatives à un certain nombre d'indicateurs n'ont pas été disponibles. C'est pourquoi une information complète n'a pu être apportée pour la rédaction du rapport. Quand les données ont été accessibles, comme ce fut le cas pour la mortalité infantile, on a pu montrer que dans six pays le taux de mortalité infantile dépassait 50 pour mille; en 1982, on a enregistré 164 000 décès d'enfants de moins d'un an. D'autres pays ont indiqué des taux de mortalité infantile plus bas, mais le nombre total des décès d'enfants dans la Région en 1982 se monte à près d'un million. Dans la mesure où ils sont un indicateur de l'injustice sociale, ces chiffres illustrent l'ampleur du problème. Tous les pays n'ont pas fait rapport sur les autres indicateurs, tels que l'accessibilité des soins de santé essentiels, en sorte qu'il a été difficile de déterminer l'ampleur de la tâche à accomplir.

Un autre résultat essentiel de la surveillance continue des progrès enregistrés pourrait être l'identification et la définition des principales étapes nécessaires pour améliorer la rentabilité et la pertinence sociale des systèmes nationaux de santé. Les rapports nationaux ont montré que des mesures ont été prises pour réorienter les systèmes de santé et améliorer l'utilisation des installations matérielles. Ils ont aussi prouvé la réorientation de la formation et de l'utilisation des personnels de santé

afin que ceux-ci puissent être en mesure de développer des approches intersectorielles et de mobiliser la participation et l'action de la collectivité. On a réalisé que des ressources complémentaires seront nécessaires pour atteindre la santé pour tous et des efforts initiaux ont été faits pour mobiliser et redistribuer les ressources. Dans certains cas, la réallocation des ressources a été entamée à l'appui des stratégies nationales prioritaires. Les mécanismes intersectoriels nationaux essentiels ont été décrits et, dans certains cas, des mesures ont été prises pour les améliorer à l'appui du développement de la santé. Certains pays ont fait particulièrement référence au niveau de participation communautaire au développement sanitaire et à la manière dont ils ont été mobilisés.

Enfin, il indique que la coopération internationale requise et en particulier l'appui provenant de l'OMS doivent encore être déterminés.

On a pu noter que le manque de données avait empêché certains Etats Membres d'obtenir des informations suffisantes qui leur permettent d'évaluer l'ampleur des tâches à accomplir et des ressources dont ils auraient besoin. Le Directeur général a également mentionné que même si on doit se féliciter que les mesures d'élargissement de la couverture des soins de santé et du recyclage du personnel de santé l'emportent sur la préparation de documents de planification, certaines informations sur la situation sanitaire sont nécessaires si on veut que les actions entreprises traitent des problèmes essentiels. Des données adéquates sont nécessaires pour effectuer une surveillance intelligente. Des données sanitaires précises et pertinentes seront aussi très nécessaires en 1985 quand il s'agira d'évaluer l'efficacité des stratégies nationales, ainsi qu'il en a été convenu à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Parmi les résolutions adoptées par la Trente-Sixième Assemblée mondiale de la Santé se trouve la résolution WHA36.35 sur la méthodologie du Septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde, dont la préparation doit commencer en 1985. Les rapports qui résultent d'une évaluation des stratégies nationales constitueront le noyau de la composante "pays" du rapport sur la situation sanitaire. Le Directeur régional prie par conséquent les Etats Membres de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour améliorer encore leurs systèmes nationaux d'information sanitaire afin qu'ils puissent apporter les données nécessaires pour l'évaluation des stratégies. A cet égard, l'OMS apportera sa coopération de toutes les manières possibles.

Le Dr XU SHOUREN (Chine) félicite le Sous-Comité pour son rapport. Peu de temps s'est écoulé depuis l'adoption de la résolution WHA35.23, et pourtant de nombreux pays et comités régionaux ont entamé leurs activités vers l'objectif fixé et les résultats acquis jusqu'à présent sont très encourageants. Il voit aussi avec satisfaction que leur propre Région et leur Comité régional ont pris les mesures sérieuses qui s'imposent à cet effet, après avoir accepté le canevas et le format communs pour la surveillance continue des progrès réalisés par les pays de la Région lors de la mise en oeuvre de leurs plans d'action nationaux, dont le plan d'action régional a découlé.

En Chine, depuis 1979, des efforts ont été consentis pour renforcer les services de santé ruraux par la mise en oeuvre d'un plan s'étalant sur quinze ans et subdivisé en trois phases, chacune d'entre elles devant s'occuper d'un tiers des districts du pays. D'ici la fin de 1982,

300 districts des 700 couverts par la première phase auront accompli leur tâche et 400 autres devraient y parvenir d'ici 1985. L'exécution de ce plan constituerait un énorme pas en avant sur la voie qui mène à la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le Dr MINNERS (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il a été impressionné par la quantité substantielle d'information soumise à discussion dans le rapport qui est le premier du genre. Il est, toutefois, un peu surpris par les aptitudes uniformément positives qu'il y décèle et se demande si l'image proposée est tout à fait exacte. L'allocation de nouvelles ressources financières aux programmes de santé pour tous devraient être encouragée.

M. LAVEA LIO (Samoa) indique que l'expérience de son pays lors de la mise en œuvre des activités de santé pour tous au cours des deux dernières années montre qu'il manque d'informations sanitaires adéquates, mais que beaucoup pourraient être obtenues durant le processus de surveillance continue lui-même. Le canevas et le format communs fournis par le Directeur régional s'est avéré très utile. Au Samoa toutefois, en raison de la petite taille du pays, il n'est pas nécessaire de différencier les indicateurs tels que le taux de mortalité infantile, le taux de natalité et le taux de mortalité par zone géographique. La justice sociale en matière de santé existe pour les Samoans depuis que les services médicaux subsidiés par l'Etat sont accessibles pour tous et, si c'est nécessaire, son Gouvernement envoie à ses propres frais à l'étranger les patients qui doivent y recevoir un traitement. Le travail de surveillance a fait apparaître un manque sérieux de personnel, en particulier de médecins. Une manière dont l'OMS pourrait coopérer serait d'instituer un système des médecins volontaires de l'OMS, aux termes duquel les volontaires travailleraient pendant deux ans au Samoa et recevraient leur salaire local, si nécessaire, de la part du Gouvernement samoan. Un tel système permettrait de combler le vide existant jusqu'à ce que le pays ait pu faire face à la pénurie aiguë de médecins.

Le Dr SUNG WOO LEE (République de Corée) pense que la couverture présentée dans le rapport de la surveillance continue des activités de santé pour tous est très louable, mais il regrette que moins de la moitié des pays de la Région aient fait rapport sur les indicateurs.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) pense que compte tenu de la difficulté de compiler une série des questions applicables à tous les pays où règnent des conditions parfois très différentes, il serait utile de reproposer les questionnaires et de demander aux destinataires d'apporter leurs commentaires sur la pertinence des questions elles-mêmes. Le format du questionnaire pourrait être alors adopté en conséquence.

M. NGUYEN DUY CUONG (Viet Nam) pense que le rapport du Sous-Comité a rassemblé pour la première fois une masse d'information significative qui fournira un fondement solide pour les efforts visant à atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000 conformément aux stratégies mondiales et régionales. Beaucoup de travail préparatoire est nécessaire pour diffuser une connaissance convenable des principes, objectifs et méthodes touchant aux stratégies nationales parmi les travailleurs de santé en général, et la formation du personnel dans cette optique est une tâche des plus urgentes.

Le processus doit être permanent, afin de fournir une base bien à jour pour la surveillance continue des progrès enregistrés sur la route des objectifs fixés de la santé pour tous. Le Bureau régional devrait organiser des conférences-ateliers et des séminaires, pour que des discussions plus détaillées des problèmes qui viennent d'être mentionnés puissent avoir lieu; son pays serait heureux de parrainer et d'accueillir des réunions de ce genre.

La séance est levée à midi.