

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA SEPTIEME SEANCE

Mandarin Court, Singapour
Vendredi 5 octobre 1979, 9 heures

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

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Examen de projets de résolutions	210
2. Etat du programme antipaludique (suite)	211
3. Lutte contre les maladies diarrhéiques, y compris le choléra	212
4. Médecine radiologique et santé publique	216
5. Accord de siège entre le Gouvernement de la République des Philippines et l'Organisation mondiale de la Santé	219
6. Choix du thème de l'exposé technique de la trente et unième session du Comité régional	220
7. Date et lieu des trente et unième et trente-deuxième sessions du Comité régional	222

1. EXAMEN DE PROJETS DE RESOLUTIONS

Le Comité examine les projets de résolutions suivants :

1.1 Stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 10)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R11).

1.2 Septième programme général de travail pour une période déterminée (1984-1989) (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 11)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R12).

1.3 La santé et le nouvel ordre économique international (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 12)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R13).

1.4 Ordre du jour provisoire de la soixante-cinquième session du Conseil exécutif (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 13)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R14).

1.5 Résolutions d'intérêt régional adoptées par la Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa soixante-troisième session (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 14)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R15).

1.6 Programmation sanitaire par pays (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 15)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R16).

1.7 Le programme de bourses d'études de l'OMS (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 16)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R17).

1.8 Rôle de l'OMS dans le 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) (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 17)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R18).

1.9 La situation relative au cancer dans la Région du Pacifique occidental (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 18)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R19).

1.10 Les services de vaccination et leur évaluation (Document WPR/RC30/Conf. Paper No. 19)

Décision : Le projet de résolution est adopté sans observation. (résolution WPR/RC30.R20).

1.11 Coût du voyage des représentants

Le Dr CHASTEL (France) souligne l'aspect humain du problème. Il propose que l'éventuelle décision de prendre en charge les frais de voyage d'un représentant reste totalement confidentielle et soit prise par le Directeur régional, à son entière discrétion, sans intervention d'un quelconque comité ou sous-comité.

Le Dr NOORDIN (Malaisie) désire savoir si le représentant du Samoa, en tant qu'auteur du projet de résolution, pourrait préciser si l'intention du projet est que l'OMS prenne à sa charge le coût du voyage d'un représentant pour chaque Etat Membre ou pour certains seulement.

Le Dr FAAIUASO (Samoa) répond que l'intention est de demander que le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé autorisent tous les Etats Membres à solliciter le remboursement des frais de voyage d'un représentant, étant entendu que cela ne sera pas le cas nécessairement des pays plus prospères qui préféreront ne pas user de ce droit.

Décision : Le projet de résolution est adopté sans autre observation. (résolution WPR/RC30.R10).

2. ETAT DU PROGRAMME ANTIPALUDIQUE

Point 22 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/20)
(suite de la sixième séance, section 5)

Le Dr CHAN KAI LOK (Singapour) déclare que l'on peut considérer le paludisme comme éradiqué à Singapour mais qu'il subsiste un risque de flambée due à des cas importés, lesquels proviennent désormais pour la plupart d'Inde et non plus d'Indonésie et de Malaisie comme par le passé.

Mais une autre tendance est apparue; en effet, la maladie prend maintenant une forme urbaine plus grave, et entre 1975 et 1979, il y a eu quatre flambées de ce type. Le paludisme en milieu urbain est plus difficile à endiguer que le paludisme classique en milieu rural, car les citadins, dont les maisons sont souvent joliment décorées, s'opposent aux pulvérisations d'insecticides sur leurs papiers peints et leurs meubles. Pendant la flambée survenue en 1976 dans le district de Bedok, on a enregistré un taux de refus de 34 %, ce qui est inacceptable du point de vue de l'interruption de la transmission du paludisme. Autant ne pratiquer aucune pulvérisation. On a essayé d'autres méthodes, telles la nébulisation ou la diffusion d'aérosols, mais elles n'ont qu'une efficacité limitée.

Bien qu'une loi permette aux autorités de procéder à des pulvérisations en cas d'urgence, elles hésitent à le faire étant donné qu'à long terme il n'est pas payant de s'attirer l'inimitié de la population. On a donc renforcé les mesures d'éducation sanitaire, en insistant sur les mesures prophylactiques aux dépens des mesures curatives et palliatives. D'autre part, puisque le seul moyen efficace de lutter contre le paludisme en milieu urbain est d'éliminer le vecteur, on a également lancé un programme de longue haleine en vue d'éliminer les gîtes larvaires d'Anopheles, en coopération avec les services de génie civil qui fournissent les moyens de compétences techniques en vue de modifier la topographie des zones susceptibles d'offrir des gîtes larvaires.

La délégation de Singapour aimerait savoir si l'OMS peut recommander d'autres méthodes de lutte.

Le Dr VAN DIJK (Conseiller régional pour le paludisme) reconnaît que, pour les pays qui ont atteint la phase d'entretien, il est important de rester exempt de paludisme. Les pays de la Région qui ont éradiqué la maladie ont généralement réussi à mettre en place les rouages nécessaires de surveillance. Singapour, dont la situation est sans doute la plus critique parmi eux du point de vue de la vulnérabilité géographique et du grand nombre de cas importés, a fait un travail remarquable en matière de notification et de mesures palliatives.

Les participants au récent atelier régional qui a réuni les directeurs des programmes antipaludiques à Kuala Lumpur ont souligné qu'il fallait faire de la recherche appliquée sur les opérations de la phase d'entretien. C'est avec plaisir que l'OMS organisera une réunion pour examiner cette question. L'expérience de Singapour sera particulièrement utile à cet égard.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT invite les Rapporteurs à préparer un projet de résolution. (Se reporter à la section 1.1 de la huitième séance pour l'examen du projet de résolution).

3. LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES, Y COMPRIS LE CHOLERA Point 23 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/21)

Le DIRECTEUR REGIONAL se réfère à l'exposé technique de la vingt-neuvième session, qui portait sur les maladies diarrhéiques, y compris le choléra et les fièvres typhoïde et paratyphoïdes. Pour la Région du Pacifique occidental le problème revêt une importance telle que le Comité a adopté une résolution visant à accélérer le développement d'un programme de lutte intensif.¹ On a mis au point les plans d'un programme régional, parallèlement aux plans d'un programme mondial. Il est évident que la solution du problème passe par la mise en place d'installations adéquates d'assainissement et d'évacuation des déchets. Cependant, ce ne peut être qu'une solution à long terme, car un tel effort dépasse pour l'instant les moyens de bien des pays en voie de développement. La solution à court et à moyen terme consiste à pratiquer la réhydratation par voie orale et à rechercher la collaboration internationale nécessaire, qui sera obtenue par le biais des soins de santé primaires.

1

Résolution WPR/RC29.R15, Rapport du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, vingt-neuvième session, 1978, p. 31.

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni) déclare que la contribution versée par son Gouvernement au fonds bénévole pertinent de l'OMS témoigne de l'importance qu'il attache à cette question. Il espère que le programme, dont le rythme de développement a été jusqu'à présent assez décevant, progressera désormais le plus vite possible dans le sens indiqué dans le rapport.

Dans une autre région, il a appris que les décès par maladies diarrhéiques étaient cinq fois plus nombreux que ceux dus aux six maladies couvertes par le programme élargi de vaccination. Il se demande si ce chiffre impressionnant est également valable pour la Région du Pacifique occidental. Pour être vraiment efficaces, les activités de lutte devront être en rapport étroit avec d'autres actions en matière de soins de santé primaires.

Le Dr LINDNER (Conseiller régional pour les maladies transmissibles) peut dire sans posséder de chiffres exacts, que les maladies diarrhéiques sont certainement responsables de plus de décès que les six maladies couvertes par le programme élargi de vaccination. La vaccination est une méthode qui existe depuis longtemps, alors que la réhydratation par voie orale est beaucoup plus nouvelle et que bien des pays ont du mal à mettre en place rapidement des soins de santé primaires. La vaccination peut être pratiquée lors de visites occasionnelles par des agents de santé, tandis que les maladies diarrhéiques doivent être soignées au moment même où elles surviennent, soit par la mère soit par un agent de santé local.

Le Dr KUMANGAI (Etats-Unis d'Amérique) précise que les maladies diarrhéiques sont l'un des grands problèmes de santé publique du Territoire sous tutelle des îles du Pacifique; en 1978, elles occupaient la troisième place parmi les causes de décès. Les cas de gastro-entérite et de dysenté-rie restent nombreux, leur incidence augmentant pendant la saison des pluies, entre juin et novembre. Les cas de maladie et les décès se rencontrent avant tout parmi les jeunes enfants; en 1978, 83 % des décès sont survenus chez des enfants de moins de cinq ans.

Avec la coopération de l'OMS, le Territoire sous tutelle a créé un comité inter-district de lutte contre les maladies diarrhéiques qui est chargé d'encourager l'emploi de la méthode de réhydratation par voie orale, de relever le niveau des soins de pédiatrie et d'améliorer la surveillance ainsi que l'approvisionnement en eau et l'assainissement. La réhydratation par voie orale a été adoptée pour le traitement de la déshydratation. La surveillance est bonne; la notification se fait bien et les moyens de diagnostic ont été améliorés. Un bulletin mensuel sur les maladies transmissibles est distribué à tous les agents de santé et aux moyens d'information de masse,

Le "United States Environmental Protection Agency" a mis d'importants crédits à la disposition du Territoire sous tutelle pour la construction d'égouts. Il existe des installations de traitement des eaux usées dans les zones très peuplées, et de nouveaux égouts seront construits en 1980. Environ 20 % des crédits serviront à raccorder les habitations aux réseaux existants. On s'efforce d'autre part d'améliorer les réseaux d'adduction en eau dont la qualité laisse à désirer. Grâce aux objectifs adoptés par le comité inter-district, on espère voir diminuer la morbidité et la mortalité d'ici trois à cinq ans.

M. NGUYEN XUAN THU (Viet Nam) indique que les maladies diarrhéiques sont fréquentes dans son pays, l'incidence chez les moins de quinze ans atteignant 3 à 3,5%. Il s'agit essentiellement d'infections à *Shigella*. Un programme national de lutte a été entrepris en 1976 sous l'égide de l'Institut de pédiatrie d'Hanoi et les activités suivantes sont prévues à ce titre : du point de vue du diagnostic, étudier les méthodes de diagnostic précoce, établir les différents sérotypes et surveiller la résistance des bactéries aux antibiotiques; du point de vue du traitement, populariser des méthodes de traitement simples, comme la réhydratation orale, et l'emploi de plantes médicinales à action antibiotique et astringente; du point de vue prophylactique, produire un vaccin buccal anti-*Shigella*, résoudre les problèmes posés par l'évacuation des excréta et l'approvisionnement en eau potable, et développer l'éducation sanitaire. Le Viet Nam espère recevoir une aide pour la production ou l'achat de paquets d'électrolytes, et est disposé à coopérer avec d'autres pays à la recherche d'un vaccin anti-*Shigella*.

Le Dr ACOSTA (Philippines) déclare que les maladies diarrhéiques, y compris le choléra, font, depuis quelques années, l'objet d'études dans une zone de recherche de son pays, en collaboration avec le Gouvernement du Japon et l'OMS. Plusieurs méthodes de lutte ont été essayées, notamment l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, la vaccination et la réhydratation par voie orale. Ces études ont aidé le Gouvernement à définir une politique dans ce domaine. Les essais relatifs aux sels de réhydratation par voie orale se généralisent maintenant dans le cadre d'un programme national conçu pour distribuer les sels aux populations rurales par le canal des soins de santé primaires. Le programme comportera un important élément d'information, d'éducation et de communication et il s'assortira d'une campagne pour accroître l'efficacité des agents des soins de santé primaires. Certaines objections ont été soulevées, notamment par des spécialistes, mais leurs avis ont permis de rendre le programme acceptable.

Les études concertées de son pays avec le Japon ont abouti à des plans pour l'établissement aux Philippines d'un institut de recherche sur les maladies tropicales; un accord a été signé avec le Japon et l'on espère que l'institut commencera à fonctionner d'ici 1981.

Le Dr TALIB (Malaisie) déclare que les maladies diarrhéiques posent encore un problème important dans son pays. D'assez graves flambées épidémiques de choléra se sont déclarées en 1978 et 1979. On a beaucoup appris à cette occasion, en particulier qu'il y avait de nombreux porteurs dans la collectivité. Il est apparu une tendance encourageante, la chute du taux de mortalité, qui pourrait être réduit à moins de 1% grâce à un traitement immédiat. Il serait possible d'éradiquer la maladie en éliminant les porteurs, mais on ne sait comment y parvenir.

Les principaux éléments du programme à long terme de son pays sont l'amélioration de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau, particulièrement dans les zones rurales, l'hygiène alimentaire et l'éducation du public pour attirer son attention sur l'importance des autres mesures. On a découvert qu'il y avait un rapport entre l'incidence des maladies diarrhéiques et les flambées épidémiques de choléra; c'est pourquoi les cas de diarrhée notifiés par les hôpitaux servent d'indicateurs pour d'éventuelles flambées de choléra.

Le Dr HOWELLS (Australie) soutient sans réserve le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques qui, d'après lui, devrait réussir.

Il évoque la question de la quarantaine, particulièrement importante à une époque où tant de personnes voyagent rapidement d'un pays à un autre par avion. Lors d'un épisode, de 40 à 50 personnes atteintes de choléra sont entrés en Australie à bord du même avion. Il ne fait pas de doute à son avis que la vaccination est une mesure quarantenaire de peu de valeur. La solution réside dans une surveillance adéquate, étayée par des mesures à long terme comme l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Les mesures strictes pour empêcher l'introduction du choléra dans un pays sont inefficaces et devraient être évitées.

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle qu'un point de l'ordre du jour de la session du Conseil exécutif de janvier 1980 aura trait à la législation sanitaire; les observations du Comité seront donc transmises au Conseil.

Le Dr LINDNER (Conseiller régional pour les maladies transmissibles) se félicite de l'importance accordée par le Comité à la surveillance qui devrait incontestablement remplacer les mesures restrictives contre le choléra; il n'y a pas moyen d'empêcher des cas de pénétrer dans un pays mais il importe de les découvrir rapidement.

Après avoir rappelé les liens étroits entre la malnutrition et les décès dûs au choléra, il rappelle que les pays de la Région ont participé de près à l'élaboration du programme, qui ne porte pas uniquement sur le choléra. Il espère que de nombreux pays décideront d'établir une zone pilote pour mettre à l'essai les méthodes de lutte.

Le Dr KAWAGUCHI (Japon) déclare que son Gouvernement se réjouit de voir bientôt en activité l'institut de recherche sur les maladies tropicales qui sera créé en collaboration avec le Gouvernement des Philippines. Il s'intéresse aussi beaucoup aux résultats des programmes de lutte nationaux et aux questions de quarantaine. Le Japon a réussi à maîtriser les maladies diarrhéiques mais il fait très attention aux cas importés, en particulier pour ce qui est du choléra. Il est prêt à fournir un appui dans le domaine des maladies diarrhéiques, en particulier sous forme d'une coopération bilatérale, en vue d'assurer une lutte efficace dans la Région.

Le Dr FAAIUASO (Samoa) fait observer que le choléra constitue une menace dans le Pacifique sud où des flambées se sont déclarées à Kiribati et à Nauru ces dernières années. La question de la surveillance

des voyageurs en provenance de zones endémiques a été discutée lors d'une réunion qui s'est tenue dans la Région du Pacifique Sud et où l'idée d'un certificat - prouvant par exemple que l'intéressé a pris de la tétracycline pendant trois à cinq jours - a été évoquée. Le secrétariat pourra peut-être se pencher sur ces possibilités. Le Dr Faaiuso convient que la vaccination contre le choléra est inutile et estime qu'il faut essayer d'autres moyens d'endiguer la maladie. Pour un petit pays, une épidémie peut être extrêmement coûteuse en temps, en argent et en efforts. Il se range sans réserve à l'avis du représentant de l'Australie.

Le Dr GOH (Singapour) déclare que, malgré la vulnérabilité de son pays en ce qui concerne le choléra du fait de sa situation et du nombre de visiteurs, seules des flambées localisées se sont produites au cours de ces dernières années. Aucune mesure préventive n'est imposée aux voyageurs mais la vigilance est maintenue, de même qu'un niveau élevé d'hygiène environnementale. L'inefficacité du vaccin anticholérique a été démontrée à Singapour lorsque, après l'apparition du premier cas de choléra El Tor en 1963, la vaccination de masse n'a pas réussi à prévenir d'autres cas. Le certificat international a été supprimé en 1970.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) demande instamment que les autorités déconseillent vivement la vaccination anticholérique. Sinon, certaines autorités sanitaires ont du mal à résister à la pression exercée par le gouvernement en faveur de cette mesure inefficace, qui est désagréable pour les voyageurs et inutilement coûteuse.

Le Dr LINDNER (Conseiller régional pour les maladies transmissibles) rend hommage à Singapour qui, pour éliminer la crainte de la propagation du choléra donne l'exemple, en diffusant des renseignements épidémiologiques.

Il y a plus de questions que de réponses en ce qui concerne les mesures médicales de prévention du choléra. Non seulement la vaccination est inefficace mais, dans les zones où la tétracycline a été largement administrée, on a observé une augmentation rapide du nombre des porteurs, et un retour aux taux enregistrés avant les activités de traitement. De plus ce médicament est contre-indiqué chez les jeunes enfants et les femmes enceintes. Le Bureau régional souhaite voir se poursuivre l'échange de données d'expérience avec les Etats Membres.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution. (Se reporter à la section 1.2 de la huitième séance pour l'examen du projet de résolution).

4. MEDECINE RADIOLOGIQUE ET SANTE PUBLIQUE Point 24 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/22)

Le DIRECTEUR REGIONAL explique que le document WPR/RC30/22 présente la situation relative à la médecine radiologique dans la Région du Pacifique occidental et définit les possibilités d'amélioration. Les services de médecine radiologique constituent un maillon essentiel de

la chaîne qui va des soins de santé primaires aux institutions sanitaires spécialisées. Dans la Région, la couverture des services de médecine radiologique est médiocre, on manque de personnel spécialisé et de possibilités de formation; d'autre part, les moyens existants sont mal utilisés.

Le document contient un plan complet d'organisation de services de médecine radiologique au niveau national qui pourrait être adapté aux besoins de la Région.

Le Dr WEINSTEIN (Etats-Unis d'Amérique) souligne l'importance de la planification des services de médecine radiologique. Les directives de l'OMS doivent être révisées afin de refléter l'expérience acquise dans la Région. A mesure que les services se développent, il faut instaurer des mécanismes pour empêcher une croissance et un perfectionnement excessifs et le gaspillage qui s'ensuit.

Il demande en quoi consistera le rôle de l'OMS dans la mise en oeuvre des services envisagés à la fin du document où l'on parle d'études de grande envergure sur l'efficacité et l'efficience et le contrôle de la qualité.

Le Dr WAN (Conseiller régional pour le développement des services de santé) explique, comme cela a déjà été mentionné, qu'il est indispensable de se prémunir contre un perfectionnement excessif de services coûteux; entre 70 et 80% des utilisateurs de ces services n'ont pas besoin de la radioscopie, par exemple, mais en même temps les services radiologiques de base sont souvent surchargés. Il s'agit d'assurer des services appropriés au moyen d'appareils radiologiques de base, faciles à entretenir et pouvant supporter les fluctuations du courant électrique.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) déclare que son pays souhaite continuer à participer au programme régional en offrant des possibilités de formation et d'accueil de boursiers. Il serait préférable que les séjours des boursiers se fassent en groupe.

Une approche économique est nécessaire pour le développement des services radiologiques et il faut espérer que le document stimulera l'intérêt des pays de la Région. Il faut recommander la mise en place de services de contrôle dosimétrique dans un plus grand nombre de pays.

Il serait heureux de voir organiser une étude sur le développement des techniques des rayonnements de grande intensité et sur d'autres aspects de la médecine radiologique et de la radioprotection.

Le Dr CHANG (République de Corée) déclare que le développement de la médecine radiologique dans son pays n'a véritablement commencé qu'en 1977, lorsque s'est ouvert l'Institut médical et qu'a augmenté la demande de ces services; le fonctionnement des appareils radiologiques dans les hôpitaux et le développement de la cobalto-thérapie ont posé certains problèmes. La tâche principale des services radiologiques

créés en 1976 est d'assurer la normalisation des doses et de veiller à la radioprotection des techniciens de radiologie et des installations des services hospitaliers. Son Gouvernement souhaite voir se poursuivre la coopération technique avec l'OMS pour le développement de ses services, qui en sont encore aux tout premiers stades.

Le Dr TAN (Singapour), se référant aux chiffres estimatifs cités dans le document concernant le nombre d'appareils radiologiques (entre un pour 2000 habitants et un pour 200 000 habitants), indique que, dans son pays, le rapport est d'environ un pour 20 000. Les techniciens sont en nombre suffisant pour le fonctionnement et l'entretien du matériel. Toute la population a accès aux services généraux et spécialisés.

Il se range aux avis exprimés sur la nécessité de s'opposer à l'ultra-perfectionnement du matériel radiologique. A Singapour, deux appareils de cobalto-thérapie fonctionnent depuis dix ans et la demande est en augmentation rapide : de 1620 malades en 1977, on est passé à 1835 en 1978. Des accélérateurs linéaires ont dû être installés pour accroître l'efficacité et le rendement des services.

Il existe aussi un service pour les préparations pharmaceutiques radioactives et, pour réduire les coûts sur le terrain, le service utilise des générateurs de radionucléides d'une durée de vie supérieure.

Il existe des installations de contrôle dosimétrique pour le personnel et le matériel. Les accidents qui surviennent dans le secteur industriel font ressortir la nécessité d'une bonne formation des techniciens, de l'entretien du matériel ainsi que d'une protection et d'un contrôle dosimétrique adéquats.

Le Dr CHASTEL (France), se référant à l'intervention du représentant de la Nouvelle-Zélande, insiste sur l'importance qu'il y a à former des techniciens pour l'entretien et les réparations, afin d'éviter de devoir dépendre, à cet égard, des fournisseurs du matériel.

Le Dr NOORDIN (Malaisie) décrit les services de médecine radiologique de son pays et précise que les hôpitaux locaux et de district sont dotés de services radiologiques de base, tandis que seuls les grands hôpitaux disposent d'installations de radiothérapie et de radiodiagnostic perfectionnés. Un service de radioprotection fonctionne depuis cinq ans, et un service administratif correspondant a été créé au Ministère.

L'une des mesures visant à freiner l'acquisition de matériel radiologique par les médecins du secteur privé ainsi que par les praticiens de la médecine traditionnelle est l'obligation dans laquelle ils seront, d'ici deux ans, de confier le maniement des appareils à des techniciens qualifiés. On a proposé un système d'enregistrement de ces techniciens et la clôture du registre avant le début des cours de formation de façon à contrôler la pratique de la médecine radiologique. Dans les régions où les autorités gouvernementales ne sont pas en mesure d'envoyer du personnel,

on prévoit d'autoriser les médecins à suivre les cours, mais de limiter les applications des techniques radiologiques.

Le Dr HSU SHOU-JEN (Chine) fait observer que dans son pays la médecine radiologique comprend le radiodiagnostic de base et le traitement des maladies au moyen des radioisotopes. La fabrication de matériel a commencé en 1953; depuis, 80 000 appareils ont été mis en service dans 50 000 établissements dotés d'un effectif total de 100 000 employés. Des services sont assurés quotidiennement à 3 millions de personnes.

La médecine nucléaire - traitement et diagnostic - a commencé en 1956; depuis, les installations se sont diversifiées. Il existe actuellement 600 établissements utilisant des radioisotopes en Chine; leur effectif total est de 2000 personnes desservant quelque 70% des malades qui recourent à la médecine radiologique.

De nombreuses activités de recherche sur la médecine radiologique et la radioprotection sont menées en Chine, à un niveau cependant moins élevé que dans nombre d'autres pays.

Les autorités centrales et locales ont instauré des services préventifs et de radioprotection, le fonctionnement des centres locaux étant confié à du personnel médical auxiliaire. Des lois et des règlements relatifs à la radioprotection et au contrôle des traitements ont été promulgués, y compris en ce qui concerne la gestion des services de radiologie. Les règlements doivent être constamment révisés de façon à tenir compte des méthodes nouvelles.

La Chine souhaite voir se développer la coopération technique dans le domaine de la médecine radiologique, qui est un élément essentiel des services de santé.

Le Dr WAN (Conseiller régional pour le développement des services de santé) déclare que d'autres cours seront organisés dans ce domaine par le Bureau régional, qui collabore avec le Gouvernement des Philippines et a mis en oeuvre un programme inter-pays pour le fonctionnement, l'entretien et la réparation du matériel radiologique.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT demandé aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution. (Se reporter à la section 1.3 de la huitième séance pour l'examen du projet de résolution).

5. ACCORD DE SIEGE ENTRE LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DES PHILIPPINES ET L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Point 25 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/23)

Le DIRECTEUR REGIONAL précise que le document WPR/RC30/23 a été préparé pour accéder au désir du Comité, qui a demandé un rapport sur les progrès réalisés dans les négociations engagées entre le Gouvernement des Philippines et l'OMS sur la réinterprétation d'une section de l'Accord de siège. Il est heureux de pouvoir annoncer qu'un accord intervenu avec le Gouvernement rend inutile la poursuite des négociations.

Le Dr HOWELLS (Australie) estime qu'il n'appartient pas aux représentants des gouvernements de demander au Gouvernement des Philippines de prendre des dispositions particulières en faveur de l'OMS. L'Accord de siège est une question qui intéresse essentiellement le Gouvernement et le Secrétariat de l'OMS. Bien que le document WPR/RC30/23 ait été soigneusement rédigé, il comprend mal le sens du paragraphe 3, où il est dit que la nouvelle interprétation de l'Accord de Siège n'affecte pas l'OMS.

M. VIGNES (Directeur de la Division juridique du Siège de l'OMS) explique qu'avant 1976, lorsqu'un fonctionnaire de l'OMS en poste aux Philippines vendait une voiture importée en franchise douanière qui lui avait appartenu pendant au moins trois ans, le Gouvernement des Philippines n'exigeait pas le paiement de droits de douane par l'acheteur. Selon la nouvelle interprétation de l'Accord de siège, l'acheteur est tenu de payer des droits de douane, que le fonctionnaire de l'OMS ait acheté ou non la voiture trois ans auparavant. Or dans ces circonstances, le paiement des droits est indépendant de l'OMS.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié. (Se reporter à la section 1.4 de la huitième séance pour l'examen du projet de résolution).

6. CHOIX DU THEME DE L'EXPOSE TECHNIQUE DE LA TRENTE ET UNIEME
SESSION DU COMITE REGIONAL
Point 27 de l'ordre du jour (document WPR/RC30/24)

Le Dr HOWELLS (Australie) se demande si l'exposé technique au Comité régional est vraiment nécessaire; il semble n'être pour le Secrétariat qu'une excuse pour gagner du temps dans la préparation des documents. Ne vaudrait-il pas mieux que les représentants visitent sur place des services de santé ou aient une après-midi libre ? D'autre part, il aimerait savoir de combien serait réduit le coût du Comité régional si l'exposé technique était supprimé.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) répond que l'exposé technique représente un coût marginal : il ne prend qu'une après-midi. A cela, il faut certes ajouter le coût de la documentation et généralement celui des services d'un consultant chargé de préparer un document de base et présenter l'exposé technique. En 1979, on a fait appel à un consultant.

Le Dr HOWELLS (Australie) aimerait savoir si, par "coût marginal", il faut entendre des centaines ou des milliers de dollars. Comment se répartissent les dépenses et quel est l'intérêt de l'exposé technique pour le Comité régional ?

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) lui répond que, dans le cas présent, le consultant - le Dr Douglas - se trouvait à Manille pour une réunion du groupe consultatif régional sur les infections respiratoires aiguës. Les seules dépenses qu'implique l'exposé technique sont donc le détour par Singapour, plus son traitement et son indemnité journalière pendant deux semaines. Le coût de l'exposé technique,

y compris la documentation, s'élève au total à quelque US\$ 2000.

Le Dr HIDDLESTONE (Nouvelle-Zélande) pense que le Dr Howells exagère lorsqu'il dit que l'exposé technique ne présente guère d'intérêt; il convient toutefois d'examiner sérieusement la question du temps et des dépenses encourues. Pour ce qui est des sujets proposés, il est en faveur de "la programmation sanitaire par pays". Au cours des mois et des années à venir, les gouvernements vont se trouver devant une lourde tâche dans la perspective de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et ils devront utiliser de façon réaliste les progrès de la programmation sanitaire par pays. Plus on approfondira la question, mieux cela vaudra.

Le Dr ACOSTA (Philippines) se réjouit que le Dr Howells ait soulevé la question de la nécessité de l'exposé technique - question qui a été débattue plus d'une fois au Comité régional. Certains représentants se sont demandés si l'exposé technique couvrait vraiment bien la question, puisque, pour la plupart, il ne sont pas spécialistes du sujet. Certains pensent également qu'il vaudrait mieux organiser des ateliers ou des séminaires, qui auraient un champ d'action plus spécifique. Il importe de choisir des thèmes qui aient été suffisamment examinés dans le cadre de certains points de l'ordre du jour des réunions. Tout en reconnaissant avec le Dr Hiddlestone l'importance de la programmation sanitaire par pays, le Dr Acosta pense que, compte tenu de l'accent mis sur les soins de santé primaires, la participation de la collectivité est un thème primordial. On a tendance à confondre les services de santé nationaux et la santé communautaire; or, ce sont deux choses très différentes. Puisqu'il faut améliorer la participation de la collectivité, le Dr Acosta est en faveur du thème No 1 : "La participation de la collectivité au développement des services de santé".

Le Dr FAAIUASO (Samoa) est convaincu que les discussions techniques à l'Assemblée de la Santé et l'exposé technique au Comité régional restent nécessaires; ils permettent d'appeler l'attention des représentants sur les problèmes de santé du monde et de les tenir au courant des recherches récentes. Il se prononce pour "La programmation sanitaire par pays" qui, de toute façon, a un rapport avec "La participation de la collectivité au développement des services de santé".

Le PRESIDENT constate qu'il faut faire un choix entre les thèmes "La participation de la collectivité au développement des services de santé" et "La programmation sanitaire par pays". Il appartient donc au Comité d'indiquer sa préférence.

Le Dr HOWELLS (Australie) dit qu'il y a en fait trois propositions, puisqu'il a, quant à lui, suggéré de supprimer l'exposé technique.

Le PRESIDENT demande au Comité de se prononcer sur la proposition du Dr Howells.

Décision : La proposition est rejetée par 9 voix contre, 3 voix pour et 4 abstentions.

Le PRESIDENT demande ensuite au Comité de se prononcer sur le choix du thème de l'exposé technique.

Décision ; "La participation de la collectivité au développement des services de santé" est choisi comme thème de l'exposé technique de la trente et unième session du Comité régional par 11 voix contre 4 et une abstention.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT invite les Rapporteurs à préparer un projet de résolution approprié. (Se reporter à la section 1.5 de la huitième séance pour l'examen du projet de résolution).

7. DATE ET LIEU DES TRENTE ET UNIEME ET TRENTE-DEUXIEME SESSIONS
DU COMITE REGIONAL
Point 28 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle qu'à sa vingt-neuvième session le Comité a décidé de tenir sa trente et unième session à Manille. Il a été suggéré que la session ait lieu du 9 au 15 septembre 1980.

En ce qui concerne la trente-deuxième session, puisque le Comité régional doit se réunir à Manille en 1980, il pourrait, conformément à la décision prise à sa vingt-quatrième session, se réunir dans un autre pays en 1981.

Le Dr CHANG (République de Corée) rappelle que son Gouvernement a invité le Comité régional à tenir sa trente-deuxième session à Séoul en 1981.

Le Dr HOWELLS (Australie) pense que, pour des raisons d'économie, il faudrait tenir autant de sessions du Comité régional que possible à Manille. Il aimerait savoir quel serait le coût additionnel de la tenue du Comité en un autre endroit, Séoul par exemple.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) dit qu'à l'heure actuelle, lorsqu'un Gouvernement invite le Comité régional à se réunir sur son territoire, il peut soit prendre à sa charge tout ou partie des dépenses supplémentaires soit ne pas les prendre à sa charge. Il ne sait pas quelles sont les intentions de la République de Corée à cet égard. Les dépenses supplémentaires entraînées par la réunion du Comité à Séoul seront considérables, puisqu'elles comportent les coûts additionnels des voyages par avion, des indemnités journalières, du personnel ainsi que d'autres coûts.

Le Dr CHANG (République de Corée) ne peut pas dire quelle proportion des dépenses son Gouvernement est prêt à prendre à sa charge, mais il pense que l'on suivra l'expérience de Tokyo et de Singapour. En tout état de cause, le Gouvernement prendra à sa charge le coût du Comité régional dans toute la mesure du possible.

Le Dr HOWELLS (Australie), tout en se déclarant satisfait des explications données, dit qu'il n'a toujours aucune idée de ce que représenteraient les dépenses supplémentaires.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) indique que les dépenses supplémentaires, y compris les voyages par avion, les indemnités journalières, le personnel et les autres coûts, pourraient s'élever à quelque US\$ 20 000, somme qui pourrait diminuer considérablement selon ce que la République de Corée prendra à sa charge.

Le Dr HOWELLS (Australie) considère que ces US\$ 20 000 pourraient être mieux dépensés pour des programmes régionaux.

Le Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique), s'associant aux observations du Dr Howells, aimerait savoir s'il est proposé de tenir le Comité régional du 9 au 15 septembre 1980 - c'est-à-dire avec un week-end - parce que le Secrétariat a besoin de temps pour établir la documentation. Il a lui-même constaté, à la fin de la session plus brève de l'année précédente, que les documents étaient excellents. Toutefois, il comprend qu'il est difficile de préparer les documents à temps en dehors du Bureau régional et dans un milieu de travail qui n'est pas familier. Lors du débat antérieur sur les difficultés économiques et financières de certains Etats Membres, il n'a pas été fait mention du coût de l'indemnité journalière des représentants, qui doit être pris en considération. Il pense que la durée de la session qui aura lieu à Manille devrait être réduite à cinq jours.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) précise qu'en 1978, le travail a pu être accompli en cinq jours - mais au prix de longues heures de travail pour le personnel permanent et le personnel professionnel à court terme. Il est plus facile de tenir le Comité régional à Manille qu'ailleurs, mais il faut prévoir en réserve, au moins une demi-journée de travail à la fin de la session. Si celle-ci ne couvre pas un week-end, il n'y a pas de réserve pour faire face au problème logistique des comptes-rendus analytiques, qui doivent être rédigés en anglais, traduits en français et reproduits - ce qui représente une tâche considérable. Il faudra prévoir au moins le samedi matin dans la durée de la session pour permettre au Comité d'examiner le rapport.

Sinon, le Comité devrait peut-être alors se passer des comptes-rendus analytiques et de n'avoir qu'un rapport, ce qui faciliterait la tâche en matière de documentation. Toutefois, pour le moment, en vertu de l'article 19 du Règlement intérieur, il faut préparer et les comptes-rendus analytiques et le rapport. Deux Bureaux régionaux ont déjà supprimé les comptes-rendus analytiques, réalisant ainsi une économie considérable. C'est une possibilité qui pourrait être envisagée compte tenu de la nécessité de faire des économies.

Le Dr FAAIUASO (Samoa) rappelle que plusieurs Etats Membres représentés au Comité régional ont également des représentants au Conseil exécutif. Les procès-verbaux du Comité régional sont indispensables pendant le Conseil exécutif, si l'on veut se reporter aux questions soulevées lors du Comité régional. Le rapport ne reflète pas les vues exprimées par le représentant de chaque pays sur un sujet donné. C'est pourquoi le Dr Faaiuso est en faveur du maintien des comptes rendus.

Le Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique) aimerait savoir si c'est l'abandon éventuel des comptes rendus analytiques qui est maintenant à l'étude et si procès-verbaux et comptes rendus analytiques sont bien la même chose. Il est fourni des comptes rendus analytiques pour que les orateurs s'assurent que leurs points de vue se reflètent avec exactitude dans le rapport. Celui-ci - qui est le document final - inclut les comptes rendus analytiques mis en forme. Ceux-ci sont donc nécessaires pour garantir l'exactitude du rapport. Le Dr Fischer est conscient de la difficulté de la tâche du Secrétariat, qui exige de nombreuses heures supplémentaires.

M. DONALD (Directeur du programme d'appui) souligne que les comptes rendus analytiques représentent environ un tiers du rapport de 1978. L'un des moyens de réduire le volume de travail serait donc de les supprimer. Même s'ils n'existaient plus, le rapport, qui n'a qu'une vingtaine de pages, continuerait d'être soumis pour approbation au Comité régional. Toutefois, il ne contiendrait plus comme maintenant les détails et les informations destinés aux membres du Conseil exécutif. M. Donald tient à souligner que la préparation des comptes rendus analytiques et du rapport se fait essentiellement en dehors des heures où siège le Comité. Le personnel ne se plaint pas malgré la fatigue qu'entraînent les heures de travail supplémentaires, mais il faut songer à leur santé et respecter les lois du travail.

Le Dr HOWELLS (Australie) propose que, compte tenu de ces explications, la durée de la session comprenne le week-end.

Le Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique) dit que, si la majorité pense que la réunion doit couvrir le week-end, il ne s'y opposera pas.

Le Dr KAWAGUCHI (Japon) pense que, sur la base de l'expérience faite à Tokyo en 1977, un jour supplémentaire est nécessaire - non pas pour se reposer, mais pour travailler. Il approuve donc la proposition du Secrétariat et espère que les autres Etats Membres reconnaîtront que sept jours, y compris un jour de repos, sont nécessaires pour le Comité régional.

Le PRESIDENT demande s'il y a des observations au sujet de la proposition tendant à tenir la trente-deuxième session du Comité régional à Séoul.

Le Dr FAAIUASO (Samoa) appuie cette proposition.

Le Dr HSU (Chine) demande que soient consignées dans le compte rendu les réserves de sa délégation quant au choix de Séoul pour la tenue de la trente-deuxième session du Comité régional.

Répondant à une question du Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique), le PRESIDENT confirme qu'il n'est pas proposé de modifier le système des comptes rendus du Comité régional. En l'absence d'autres observations, il invite les Rapporteurs à préparer un projet de résolution. (Se reporter à la section 1.6 de la huitième séance pour l'examen du projet de résolution).

La séance est levée à 12h 20.