

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA SIXIEME SEANCE

Salle de conférence de l'OMS, Manille
Mercredi 23 août 1978, 14 h 30

PRESIDENT : Dr S. Foliaki (Tonga)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Sous-Comité de la Coopération technique entre pays en développement : Rapport du Sous-Comité (suite)	191
2. Accord de Siège entre le Gouvernement de la République des Philippines et l'Organisation mondiale de la Santé	192
3. Rôle de l'OMS dans le développement et la coordination de la recherche biomédicale : Participation accrue des Régions à la recherche	193
4. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : Conseil conjoint de coordination : sélection des représentants des gouvernements	195
5. Groupe régional de coordination du programme de santé mentale ...	196
6. Etat du programme antipaludique	197
7. Programme de santé des travailleurs	199

La liste des représentants à la vingt-neuvième session figure pp. 39-47 du présent document.

1. SOUS-COMITE DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT :
RAPPORT DU SOUS-COMITE : Point 13.2 de l'ordre du jour
(document WPR/RC29/10) (suite de la cinquième séance, section 4)

Le Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique) félicite le Sous-Comité qui a rendu un important service au Comité régional en adoptant une approche pratique et en formulant des recommandations qui traduisent en termes concrets le concept de coopération technique entre pays en développement (CTPD). Il approuve en particulier la recommandation qui vise à encourager les gouvernements à créer des points focaux en vue de stimuler la CTPD et il souligne que le responsable national de cette question doit être un fonctionnaire de rang suffisamment élevé pour pouvoir susciter une coopération intersectorielle. Les recommandations sur la gestion des politiques pharmaceutiques sont conformes au programme de l'OMS mais le Dr Fischer aurait toutefois souhaité voir mentionner dans le rapport l'importance que revêt la mise en place d'infrastructures nationales pour le stockage et la distribution des médicaments.

Le Dr HU CHING-LI (Chine) approuve en principe le rapport du Sous-Comité. Il importe de devenir auto-suffisant, mais il faut éviter le séparatisme. Les connaissances médicales doivent être partagées car elles sont un bien auquel a droit toute l'humanité. Le ministère de la santé de son pays s'est attaqué à ce problème en organisant des cours et des voyages d'étude avec la collaboration de l'OMS, du PNUD et d'autres organismes, et il prévoit d'intensifier ces activités. Des organismes bénévoles chinois envisagent d'organiser des conférences internationales et d'y inviter des experts étrangers.

Passant à la question du développement des personnels de santé, il indique que la Chine cherche constamment les moyens d'améliorer la qualité des agents sanitaires et d'augmenter leurs effectifs et qu'elle collaborerait volontiers dans ce domaine avec d'autres pays de la Région. Il faut espérer que l'OMS, qui est le principal organe coordonnateur mondial en matière de santé, pourra contribuer davantage à la promotion de la CTPD.

Le Dr CHEW (Singapour) approuve le rapport et souligne que la CTPD a l'appui de son pays. Singapour, qui est un petit pays, doit acheter de nombreux médicaments à l'étranger, or l'expérience a montré que des achats groupés avec d'autres pays permettraient d'en réduire le coût. Son Gouvernement attache une grande importance au contrôle de la qualité; l'établissement de services de laboratoire communs serait utile aux petits pays.

Le Dr NOORDIN (Malaisie) approuve le rapport et les recommandations du Sous-Comité et demande que les programmes de la Malaisie comportant un élément CTPD soient inclus dans les tableaux figurant aux annexes 3 et 4.¹

Le Dr TRAVERS (Australie) félicite le Sous-Comité de son rapport. Il est particulièrement satisfait de l'annexe 4 et suggère qu'elle soit régulièrement mise à jour et, si possible, développée davantage.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution sur la question. (Voir l'examen du projet de résolution à la huitième séance, section 8.2).

1

Voir pages 92-94 et 100.

(Voir l'examen du rapport du Sous-Comité sur sa troisième réunion le 24 août 1978 à Manille à la huitième séance, section 7).

2. ACCORD DE SIEGE ENTRE LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE DES PHILIPPINES ET L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : Point 19 de l'ordre du jour (document WPR/RC29/16)

Le DIRECTEUR REGIONAL dit en présentant le document WPR/RC29/16 combien il se félicite des relations excellentes et cordiales entretenues par le Bureau régional avec le Gouvernement hôte depuis 1951; il espère que les divergences de vues actuelles seront bientôt résolues à l'amiable. L'OMS sera prête à se conformer aux vœux du Gouvernement de la République des Philippines concernant la réinterprétation de l'accord de siège, mais le Directeur régional est fermement d'avis que l'OMS doit être informée à l'avance de toute modification et qu'elle doit être priée de donner son assentiment.

M. GARRIDO (Philippines) fait observer que le Directeur régional a soumis pour la révision de la section 22 g) de l'accord de siège des propositions qui ont été acceptées par le Gouvernement philippin. Le seul problème qui se pose encore est - semble-t-il - de savoir si les véhicules importés par les membres du personnel de l'OMS avant le 31 décembre 1976 doivent être exonérés ou non d'impôts et de droits de douane. Son Gouvernement ne peut accepter une telle exonération. Il considère en effet que les personnes ne bénéficiant pas de cette exonération qui achètent des véhicules importés en vertu de la section 22 g) de l'accord de siège doivent acquitter les droits de douane et les impôts afférents à ces véhicules, quelle que soit la date d'importation.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit que, si l'OMS avait été informée des intentions du Gouvernement hôte avant que les changements ne prennent effet, elle aurait volontiers donné son assentiment. Pour arriver à un règlement à l'amiable, il serait utile d'organiser une autre réunion avec le Ministère des Affaires étrangères.

En réponse à une question posée par le Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique), M. GARRIDO (Philippines) précise que son Gouvernement a refusé d'accepter la date limite du 31 décembre 1976, car il faudrait alors rembourser les impôts et droits de douane déjà versés par les acheteurs ne bénéficiant pas d'une exonération. Il propose que le Comité prenne acte du document WPR/RC29/16 ainsi que des observations faites au cours du débat.

Le Dr FAAIUASO (Samoa) approuve la suggestion du Directeur régional et pense qu'il faut lui donner toute latitude pour organiser d'autres réunions avec les autorités philippines. Il est extrêmement important de rétablir de bonnes relations, et il espère que le Directeur régional pourra faire état de progrès à la prochaine session du Comité régional.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié. (Voir l'examen du projet de résolution à la septième séance, section 2.4).

3. ROLE DE L'OMS DANS LE DEVELOPPEMENT ET LA COORDINATION DE LA RECHERCHE BIOMEDICALE : PARTICIPATION ACCRUE DES REGIONS A LA RECHERCHE :
Point 14 de l'ordre du jour (documents WPR/RC29/11, Add.1 et Corr.1)

Le DIRECTEUR REGIONAL présente un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des recommandations formulées par le Comité consultatif régional de la Recherche médicale pour le Pacifique occidental (CCRMPO) à sa session de 1977 et approuvées par le Comité régional à sa vingt-huitième session. Le rapport a été établi de façon à permettre au Comité de voir comment les fonds bénévoles et les crédits du budget ordinaire ont été utilisés.

La tâche préliminaire de mise en place du CCRMPO et de ses groupes de travail ayant été menée à bien et leurs recommandations approuvées par le Comité régional, l'année écoulée a été marquée par un développement considérable des activités de recherche. Ceci a coïncidé - et ce n'est pas un hasard - avec la nomination d'un médecin chargé exclusivement du programme de recherche.

Plusieurs groupes de travail se sont réunis pour dresser les plans des programmes de recherche dans différents domaines; le dernier en date, chargé de la recherche sur les services de santé, s'est réuni du 14 au 18 août de cette année. Au 1^{er} janvier 1978, la responsabilité de l'administration des subventions pour la recherche et des subventions de formation à la recherche a été décentralisée et, ces huit derniers mois, bon nombre de subventions ont été accordées par le Bureau régional dans divers domaines.

En avril 1978, le CCRMPO a tenu sa troisième session à Kuala Lumpur, où le Centre régional de formation et de recherche concernant les maladies tropicales est en cours de création. Parmi les recommandations revêtant un intérêt particulier, il convient de citer, pour n'en mentionner que deux, celles qui ont trait aux programmes de recherches sur la pneumonie et les affections respiratoires d'une part et sur les maladies diarrhéiques d'autre part.

Tout est donc fait pour donner suite à la résolution WHA31.35, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a demandé au Directeur général de faire participer plus étroitement le Conseil exécutif, les Comités régionaux et les comités consultatifs de la recherche médicale à la formulation des politiques de recherche.

Le Directeur régional rappelle que le nouveau plan relatif à la gestion du programme mondial de recherche de l'OMS sera bientôt mis à l'essai pour une période initiale de deux ans. Il repose sur le principe d'une participation maximale des Etats Membres, de leurs institutions et de leurs personnels à l'activité de l'OMS de façon que l'Organisation puisse servir au mieux les intérêts de la coopération entre ses Etats Membres. Une stratégie régionale fondée sur ce plan général est en cours d'élaboration, et le CCRMPO participera à l'examen et à l'évaluation du plan.

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni) se félicite des efforts faits pour promouvoir un programme pluridisciplinaire inter-pays de recherche sur les maladies diarrhéiques et prend note de la recommandation concernant la poursuite de la

collaboration en matière de recherche entre les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est. Il aimerait savoir si, dans la recherche sur les maladies diarrhéiques, des liens de collaboration ont été instaurés avec le Laboratoire de recherche sur le choléra, situé à Dacca, au Bangladesh.

Le Dr MACFADYEN (Administrateur régional, Promotion et développement de la recherche), donnant des précisions sur le mécanisme de collaboration avec la Région de l'Asie du Sud-Est, précise que le document utilisé lors du groupe de travail sur les maladies intestinales¹ venait de cette Région. Aucune collaboration particulière ne s'est instaurée avec le Laboratoire de recherche sur le choléra, à Dacca, mais on élabore actuellement un programme régional concernant les maladies diarrhéiques qui repose sur l'établissement de relations entre différentes institutions. Les compétences pour l'organisation de programmes efficaces de lutte contre les maladies diarrhéiques sont en grande partie concentrées dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.

Le Dr TRAVERS (Australie) est résolument en faveur de la recommandation tendant à convoquer une réunion des directeurs des conseils nationaux de la recherche médicale, car ce sera un moyen concret de resserrer la coordination des activités de recherche dans ce domaine.

Le Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique) aimerait savoir pourquoi c'est à Cali, en Colombie, que des chercheurs philippins feront une étude sur des instruments normalisés pour la recherche en santé mentale.

Le Dr IGNACIO (Vice-Présidente pour la Région du Pacifique occidental de la Fédération mondiale pour la Santé mentale) rappelle que le Département de psychiatrie de l'Université des Philippines mène, en collaboration avec l'OMS, une étude sur les stratégies de développement des soins de santé mentale dans les prestations générales de santé, recherche dont elle est la responsable. L'une des conditions imposées pour cette étude est que le chercheur principal doit être initié à l'élément dépistage d'un examen d'Etat particulier, utilisé dans l'étude collective. On a choisi la ville de Cali parce qu'une formation y est dispensée au Centre collaborateur récemment établi pour la formation et la recherche en santé mentale et également parce que cela permettra au Dr Ignacio de comparer les travaux faits à Cali avec des travaux analogues menés à Manille et de vérifier son niveau de formation concernant les instruments utilisés en santé mentale.

Le Dr NOORDIN (Malaisie) se félicite de la participation accrue de la Région à la recherche biomédicale et à la recherche sur les services de santé. L'accord officiel relatif à la création du Centre régional de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et la nutrition, à Kuala Lumpur, a été signé le 8 août 1978 par le Gouvernement de la Malaisie et le Coordonnateur des Programmes OMS au nom de l'OMS. Il faut rendre hommage au Directeur régional d'avoir réussi à obtenir des fonds de la Fondation de l'Industrie de la Construciton navale du Japon pour les programmes de recherche et de

1

Document SEA/RES/6 (SEA/DD/4), Report of the Research Study Group Meeting on Diarrhoeal Diseases of Children, New Delhi, 12-16 septembre 1977, 9 mars 1978.

développement. Il approuve pleinement les recommandations formulées à la troisième réunion du CCRMPO, tenue à Kuala Lumpur, notamment la recommandation concernant l'accroissement du budget de la recherche sur la filariose.

Le Dr CHARPIN (France) demande si le symposium sur l'immunologie des parasites et le cours de formation à la gestion de la recherche, mentionnés à la page 5 du document WPR/RC29/11, ont déjà fait l'objet d'une programmation ou si ces propositions sont seulement à l'état de vœux.

Pour répondre au Dr Charpin, le Dr MACFADYEN (Administrateur régional, Promotion et développement de la recherche) confirme qu'un symposium régional sur l'immunologie parasitaire a bien été prévu. Des discussions préliminaires ont eu lieu avec le Gouvernement de l'Australie, qui, on l'espère, accueillera la réunion. Il appartient au Comité régional, à sa présente session, d'approuver la recommandation. Il n'a pas encore été dressé de plan pour l'organisation d'un cours de gestion de la recherche, bien que l'on ait envisagé les endroits où la formation pourrait être dispensée. Une autre possibilité serait d'utiliser un cours existant, peut-être en Amérique du Nord, et de mettre des bourses de recherche à la disposition des Etats Membres de la Région pour leur permettre d'y assister.

Le DIRECTEUR REGIONAL tient à dire combien il apprécie l'utile travail fait par le CCRMPO. Le Comité consultatif a formulé de nombreuses recommandations, dont la mise en oeuvre demande des crédits; si tout est fait actuellement pour obtenir des fonds auprès des fondations privées, il faut cependant espérer que les Etats Membres de la Région verseront des contributions au Fonds bénévole pour la promotion de la santé de façon que l'on puisse donner suite aux très utiles recommandations du CCRMPO.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié. (Voir l'examen du projet de résolution à la septième séance, section 2.5).

4. PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES : CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION : SELECTION DES REPRESENTANTS DES GOUVERNEMENTS : Point 15 de l'ordre du jour (documents WPR/RC29/12 et Add.1)

Le DIRECTEUR REGIONAL indique que le Protocole d'accord relatif à la structure administrative et technique du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales prévoit la création d'un conseil conjoint de coordination (JCB) comprenant 30 membres. Il y aura parmi eux 12 représentants de gouvernements choisis par les contributeurs aux ressources du Programme spécial, et 12 représentants de gouvernements choisis par les six Comités régionaux (deux par Comité). Tous les membres choisis assisteront à la première réunion du JCB qui se tiendra les 15 et 16 novembre 1978.

Les contributeurs aux ressources du Programme spécial ont déjà choisi leurs douze représentants de gouvernements, leur confiant des mandats de durée différente pour assurer une certaine continuité lorsque le moment sera venu de désigner de nouveaux membres; tous les mandats ont pris effet le 1^{er} janvier 1978. Les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental choisis par les contributeurs sont l'Australie, le Royaume-Uni et les Etats-Unis d'Amérique. Le Comité régional doit maintenant choisir, parmi les pays directement affectés par les maladies dont s'occupe le Programme spécial, les deux Etats Membres qu'il souhaite voir devenir membres du JCB.

Le Directeur régional propose que l'un des membres soit désigné pour une période de deux ans et l'autre pour une période de trois ans, dans les deux cas à dater du 1^{er} janvier 1978. Tout mandat prorogé ou tout nouveau mandat portera ensuite sur trois ans, ce qui garantira la continuité.

Le Comité doit maintenant faire une proposition concernant le choix des deux Etats Membres. Le Directeur régional propose qu'une fois ce choix fait, le Président décide par tirage au sort quel pays sera désigné pour trois ans et pour deux ans.

Il en est ainsi décidé.

Le Dr TRAVERS (Australie) propose de choisir la Malaisie et les Philippines, proposition appuyée par le Dr NOORDIN (Malaisie).

Décision : La Malaisie et les Philippines sont désignées pour siéger au Conseil conjoint de coordination, le premier pays pour trois ans et le deuxième pour deux ans.

Le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié. (Voir l'examen du projet de résolution à la septième séance, section 2.6).

5. GROUPE REGIONAL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE SANTE MENTALE :
Point 16 de l'ordre du jour (document WPR/RC29/13)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle au Comité qu'à sa vingt-huitième session, lors de l'examen de la résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'arriération mentale,¹ il a été suggéré de créer un groupe régional de coordination du programme de santé mentale. Ce groupe, qui serait lié au groupe mondial de coordination et aux groupes régionaux de coordination qui existent déjà, aurait pour tâche de suivre et d'évaluer la mise en oeuvre du programme à moyen terme pour la santé mentale adopté par la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA31.21.

Le souci majeur des responsables du programme de santé mentale est sa pertinence sociale. Le document WPR/RC29/13 décrit les fonctions des groupes régionaux de coordination ainsi que les divers mécanismes nationaux de coordination existants. Il contient également des propositions concernant le mandat et la composition du groupe de coordination du programme de santé mentale dans la Région du Pacifique occidental, au cas où le Comité jugerait possible de créer un tel groupe.

Le Directeur régional pense que le Comité, s'il juge possible de créer un groupe de coordination, souhaitera peut-être l'autoriser à choisir ses membres et à convoquer ses réunions.

1

Résolution WHA28.57, Recueil des résolutions et décisions de l'OMS, Volume II (2^e édition), 1977, page 46.

Le Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique) est en faveur de la création d'un groupe de coordination qui se verra confier le mandat décrit dans le document. Il faut féliciter le Directeur régional d'avoir adopté une approche aussi vaste, qui non seulement est axée sur la recherche mais encore tient compte des aspects sanitaires et sociaux du problème. Les organismes qui travaillent dans ce domaine apprécieront et appuieront cette orientation neuve.

Le Dr HU CHING-LI (Chine) insiste sur l'importance de la participation de la collectivité à l'action de santé mentale. En Chine, outre les psychiatres, on forme aux soins de santé mentale les médecins aux pieds nus et d'autres agents de santé de base. Les ouvriers retraités, les parents et les voisins participent au traitement des cas bénins. Des "centres de jour" ont été créés en vue de surveiller le traitement, de faire de la physiothérapie et d'apporter une aide psychologique aux malades pendant la journée. Ceci permet de résoudre de nombreux problèmes auxquels les psychiatres à eux seuls ne sauraient trouver une solution, et le taux de rechute parmi les malades est tombé de 70,3 % à 10,6 %. La Chine appuie la création du groupe régional de coordination du programme de santé mentale.

En l'absence de toute autre observation, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution sur la question. (Voir l'examen du projet de résolution à la septième séance, section 2.7).

6. ETAT DU PROGRAMME ANTIPALUDIQUE : Point 17 de l'ordre du jour
(document WPR/RC29/14)

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle la discussion qui a eu lieu à la vingt-huitième session du Comité régional sur le thème de l'exposé technique pour 1978. Il a été décidé à ce moment-là que l'état du programme antipaludique dans la Région serait inscrit à l'ordre du jour de la vingt-neuvième session.

On en est arrivé à un stade où la lutte antipaludique ne permet plus d'enregistrer de progrès sensibles et à certains endroits, malheureusement, la situation s'est même aggravée. Ce qu'il faut, c'est une approche beaucoup plus souple que celle qui a été pratiquée jusqu'ici, pour que l'on puisse appliquer rapidement des mesures de remplacement quand les méthodes classiques échouent. Les activités de recherche sont intensifiées en coordination avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Le développement du concept de soins de santé primaires ouvre la voie à l'introduction de diverses mesures de lutte antipaludique dans des zones rurales reculées, où le paludisme reste un problème considérable. La formation d'un personnel adéquat pose elle aussi un problème, comme elle l'a toujours fait.

Les problèmes en question ont été reconnus par l'Assemblée mondiale de la Santé qui, dans sa résolution WHA31.45 adoptée en mai dernier, a instamment invité les Etats Membres à réorienter leur programme de lutte antipaludique comme partie du programme national de santé conformément aux principes directeurs énoncés par le Directeur général.

Le Dr DIZON (Philippines) déclare qu'aux Philippines la maladie reste endémique, le niveau d'endémicité variant selon les régions. Les zones urbaines sont en grande partie indemnes. L'incidence a diminué avec les années, mais les grands mouvements de population et d'autres facteurs

continuent à poser des problèmes. Le programme antipaludique est appuyé par les unités sanitaires rurales et tout est mis en oeuvre pour encourager la participation des collectivités aux mesures de lutte. Outre les pulvérisations on essaie d'autres moyens, tels que les mesures biologiques. Un quatrième vecteur qui a été identifié fait actuellement l'objet d'études intensives. Le personnel de la lutte antipaludique bénéficie d'une formation avant l'emploi et en cours de service, et des travailleurs paramédicaux reçoivent aussi une instruction en matière de lutte contre le paludisme. On procède au relevé des zones où il se produit des cas de paludisme pharmacorésistant.

Le Dr HU CHING-LI (Chine) déclare que le rapport du Directeur régional est fort complet. Les représentants de la Chine approuvent les mesures proposées. Les résultats de certaines recherches préliminaires effectuées en Chine peuvent intéresser d'autres Etats Membres. Ainsi, les aspersion de DDT contre A. balabacensis n'ont pas donné de résultats satisfaisants, pas plus que celles de malathion en volumes ultra-faibles, mais l'étude du comportement des insectes sur un cycle de 24 heures a montré que le débroussaillage sur un rayon de 300-500 mètres autour des biotopes et la construction de maisons plus ensoleillées donnent des résultats positifs.

Une herbe qui fait partie de la pharmacopée chinoise traditionnelle, appelée Chin Hao Su (Artemisia apiacea), s'est révélée comme un adjuvant utile dans le traitement du paludisme dû à des souches pharmacorésistantes. Cependant, le taux des rechutes reste trop élevé. La plus grande partie de la Chine est en état d'hypoendémicité en ce qui concerne le paludisme, avec des variations considérables, mais un effort résolu entrepris sur le plan communautaire dans un canton modèle a montré la voie à prendre pour obtenir un endiguement plus complet.

Le Dr PHAM NGOC QUE (République socialiste du Viet Nam) approuve le rapport. Des progrès substantiels ont été réalisés dans la lutte contre le paludisme par la République socialiste du Viet Nam aidée par des pays amis, mais le problème reste majeur. La République socialiste du Viet Nam a prévu un budget à longue échéance pour les opérations de lutte. Des réunions telles que celles qui ont eu lieu à Kuala Lumpur et à Manille en 1977 ont été très utiles et devraient avoir une suite.

Le Dr TARUTIA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) déclare que dans son pays le paludisme est toujours considéré comme un problème de santé publique majeur. Il estime, comme le Directeur régional, que les principaux obstacles à surmonter sont les insuffisances en matière de finances, de personnel et de transport. Pour la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les aspersion de DDT restent la seule méthode de lutte financièrement possible. On pourrait résoudre certains problèmes en intégrant la lutte antipaludique dans les activités de soins de santé primaires. Dans une partie de la province septentrionale, une étude est en cours sur les résultats des aspersion de DDT dans les maisons, soit seules, soit associées à des mesures antilarvaires. Les mesures de lutte seront exécutées par des membres de la collectivité après une formation appropriée et avec le soutien du service antipaludique.

Le Dr FISCHER (Etats-Unis d'Amérique) estime que le rapport constitue un bon résumé de l'état présent et des perspectives futures, mais il ne croit pas qu'il faille trop compter sur l'assistance internationale ou bilatérale.

Comme on l'a dit, l'une des conditions de l'endigement du paludisme sur une plus vaste échelle est la prise, de la part des gouvernements, d'une décision politique aboutissant à apporter au programme le soutien à long terme dont il a besoin. Il faut que la population soit incitée à participer aux activités de lutte, de même que les services de santé ruraux, ce qui est l'affaire des départements de la santé. Peut-être la meilleure manière de coopérer à la lutte contre le paludisme consiste-t-elle à aider à la formation de personnel pour les niveaux intermédiaire et supérieur des services antipaludiques et à déterminer quelles sont les meilleures chimiothérapies à utiliser contre P. falciparum et P. vivax.

En ce qui concerne le paludisme importé, les recherches effectuées aux Etats-Unis font paraître extrêmement douteux que les mesures appliquées dans les ports et aéroports internationaux, y compris la désinsectisation des avions assurant des vols internationaux, donnent des résultats substantiels.

Pour le Dr NOORDIN (Malaisie) la Région présente un sombre tableau en ce qui concerne le paludisme. Il estime comme le précédent orateur qu'il ne faut pas trop compter sur l'assistance extérieure, puisque les organismes d'assistance sont enclins à des changements soudains de politique. Un engagement politique à l'égard de l'action de lutte est la première condition à remplir, et il ne doit pas y avoir tendance à se dégager dès que des progrès ont été réalisés. La Malaisie, heureusement, possède un bon système de services de santé ruraux à l'appui des activités antipaludiques. Les principaux problèmes sont posés par les grands mouvements de population, la mise en valeur de terres nouvelles et la résistance à la chloroquine. Des réunions ont été organisées avec l'approbation de l'OMS sur les frontières avec la Thaïlande et l'Indonésie. Certaines croyances populaires mais erronées au sujet des effets secondaires de la chloroquine (et par la suite du Fansidar) ont fait obstacle aux progrès.

Selon le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni), le rapport est excellent. Il est vrai que certaines campagnes d'éradication ont fini par échouer lors de la phase d'entretien faute d'une structure adéquate de soins de santé primaires. Peut-être aurait-on obtenu le meilleur résultat aux Nouvelles-Hébrides en attaquant le vecteur dans une direction sud-nord, puisqu'alors l'insecte se serait trouvé à la limite de son étendue de vol.

Le Dr VAN DIJK (Conseiller régional pour le paludisme) confirme que les vecteurs parvenus aux limites de leur étendue de vol normale sont plus vulnérables aux mesures de lutte, comme cela est démontré aux limites nord et sud de l'aire de répartition d'Anopheles gambiae en Afrique.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT prie les Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié. (Voir l'examen du projet de résolution à la septième séance, section 2.8).

7. PROGRAMME DE SANTE DES TRAVAILLEURS : Point 18 de l'ordre du jour (documents WPR/RC29/15 et Corr.1)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que l'examen du programme de santé des travailleurs dans la Région du Pacifique occidental a été inscrit à l'ordre du jour du Comité régional à la demande expresse de l'Assemblée mondiale de

la Santé, qui désire promouvoir une mise en oeuvre active des programmes régionaux de médecine du travail.¹

Il n'est pas douteux que, malgré des progrès réalisés depuis que le Comité a adopté les résolutions WPR/RC22.R3 et WPR/RC23.R4 en 1971 et 1972, il est nécessaire de renforcer les potentiels nationaux en matière de planification et de développement des services de médecine du travail. Les travailleurs des petites entreprises et de l'agriculture, ainsi que les travailleurs migrants, sont insuffisamment desservis et posent le problème le plus vaste.

Le document WPR/RC29/15 propose diverses stratégies et approches pour aider à renforcer les potentiels nationaux et à développer les connaissances et les pratiques pouvant permettre de maîtriser les problèmes sanitaires des travailleurs. Il est essentiel d'améliorer la surveillance et d'élaborer une approche épidémiologique, et des études plus poussées sont nécessaires à cet effet.

Le Dr NOORDIN (Malaisie) déclare que, comme le montre l'expérience, de bonnes relations entre le Ministère de la Santé et le Ministère du Travail ont une grande importance pour les activités concernant la médecine du travail. L'un des problèmes auxquels la Malaisie est confrontée est posé par les spécialistes de la médecine du travail qui, une fois formés, désertent le service public pour travailler dans le secteur privé.

Le Dr ANGARA (Philippines) fait remarquer qu'outre les maladies associées au travail, il y a aussi des "situations associées au travail". Au fur et à mesure que des femmes de plus en plus nombreuses rejoignent la masse des travailleurs, on en observe les conséquences sur la santé des nourrissons et des enfants plus âgés, qui sont laissés sans soins adéquats. Il est nécessaire d'entreprendre des activités d'éducation sanitaire dans les usines.

Le Dr CHIN WEN-TAO (Chine) déclare qu'une direction unifiée en matière de médecine du travail est essentielle, puisque les problèmes de ce domaine relèvent non seulement des ministères de la santé, mais aussi des ministères de l'industrie, du commerce, des transports et des communications. En Chine, le Parti et le Gouvernement assurent une telle direction, et la protection de la santé des travailleurs, des soldats et des paysans est l'un des principes inscrits dans la Constitution. Afin d'assurer cette protection, il a fallu des règlements et des critères garantissant des conditions de travail saines dans les usines et les mines qui, selon leurs dimensions, sont également desservis par des hôpitaux ou des cliniques. On a adopté des lois protégeant les travailleurs et des auxiliaires sanitaires à temps partiel - qui sont des travailleurs employés dans les usines mêmes - contrôlent les conditions de travail sur place. Le Ministère de la Santé possède son propre Bureau de l'hygiène industrielle et il existe également un Institut de la recherche sur l'hygiène industrielle.

1

Résolution WHA29.57, Recueil des résolutions et décisions de l'OMS, Volume II (2^e édition), 1977, pages 50-51.

La prévention - sports, entraînement physique, lutte contre la pollution, etc. - a un grand rôle à jouer. L'industrie chimique pose de nouveaux problèmes et, d'une manière générale, beaucoup reste à faire. Il faudrait intensifier la coopération internationale et bilatérale dans le domaine de la médecine du travail.

Le Dr CHRISTMAS (Nouvelle-Zélande) appelle l'attention sur le diplôme d'hygiène industrielle décerné par l'Ecole de santé publique de l'Université d'Otago.

Le Dr WAINETTI (Papouasie-Nouvelle-Guinée) précise que la médecine du travail n'est devenue que récemment un élément des services de santé de son pays. Actuellement, un travailleur sanitaire de Papouasie-Nouvelle-Guinée bénéficie d'une formation en médecine du travail à Singapour au titre d'une bourse d'études.

Constatant qu'il n'y a pas d'autres observations, le PRESIDENT prie les Rapporteurs de préparer un projet de résolution approprié. (Voir l'examen du projet de résolution à la septième séance, section 2.9).

La séance est levée à 17 h 5.