

COMPTE RENDU ANALYTIQUE DE LA TROISIEME SEANCE

Salle de conférence de l'OMS, Manille
Mardi 2 septembre 1975, 9 heures

PRESIDENT : Dr T.M. McKendrick (Samoa-Occidental)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1. Désignation du Directeur régional	107
2. Examen des projets de résolution	107
3. Programme international pour l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les zones rurales des pays en voie de développement	108
4. Etat d'avancement des programmes qui bénéficient de l'aide de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental	109
5. Fièvre hémorragique dengue : assistance en cas d'urgence	111
6. Nutrition infantile et allaitement maternel	115
7. Accusé de réception par le Président des rapports succincts des gouvernements sur leurs activités sanitaires (suite)	120
8. Communication	120

Troisième séanceMardi 2 septembre 1975, 9 heures

PRESENTS

I. Représentants des Etats Membres

AUSTRALIE	Dr C.P. Evans Mme A.E. Broinowski
CHINE	Dr Chen Chih-ming Dr Chen Wen Chieh Dr Wang Lien Sheng M. Li Ching Hsiu
ETATS-UNIS D'AMERIQUE	Dr J.C. King M. E. Noziglia Dr M. Kumangai
FRANCE	Dr Yves Couturier
JAPON	Dr A. Tanaka M. S. Kaneda Dr S. Osawa
LAOS	Dr Phouy Phoutthasak Dr Keo Phimpachanh
MALAISIE	Tan Sri Datuk (Dr) Abdul Majid bin Ismail M. Onn bin Kayat Dr Lim Ewe Seng
NOUVELLE-ZELANDE	Dr R. Dickie
PHILIPPINES	Dr J. Sumpaico Dr A.N. Acosta Dr J. Dizon Dr A. Galvez Dr F. Aguilar Dr R. Villasis Dr E. Fernando Dr T. Elicaño, Jr. Dr I. Nebrida Mme L.J. Zamora
REPUBLIQUE DE COREE	Dr Kyong Shik Chang M. Se Lin Huh M. Sun Dong Yin

- | | |
|--|---|
| REPUBLIQUE DU SUD VIET-NAM | D ^r Tran Cuu Kien
D ^r Le Van Loc |
| ROYAUME-UNI | D ^r J.A.B. Nicholson |
| SAMOA-OCCIDENTAL | D ^r T.M. McKendrick |
| SINGAPOUR | D ^r Oon Beng Bee |
| TONGA | D ^r S. Tapa |
|
 | |
| II. <u>Représentant du Membre associé</u> | |
| PAPUA-NOUVELLE-GUINEE | D ^r Ako Toua |
|
 | |
| III. <u>Observateurs</u> | |
| REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE
DU VIET-NAM | Professeur Hoang Dinh Cau
M. Nguyen Van Trong
D ^r Doan Xuan Muou |
|
 | |
| IV. <u>Représentants de l'Organisation des Nations Unies et
des institutions apparentées</u> | |
| PROGRAMME DES NATIONS UNIES
POUR LE DEVELOPPEMENT | M. J. Melford |
| FONDS DES NATIONS UNIES
POUR L'ENFANCE | M. Wah Wong |
|
 | |
| V. <u>Représentants d'autres organisations intergouvernementales</u> | |
| COMITE INTERNATIONAL DE
MEDECINE ET DE PHARMACIE
MILITAIRES | Capitaine J.E. Batoon, MC |
|
 | |
| VI. <u>Représentants des organisations non gouvernementales</u> | |
| ASSOCIATION INTERNATIONALE
DES FEMMES MEDECINS | D ^r C. Asuncion
D ^r I.Y. Zalamea |
| ASSOCIATION INTERNATIONALE
DE RADIOPROTECTION | D ^r T. Elicaño, Jr. |
| COMITE INTERNATIONAL
CATHOLIQUE DES INFIRMIERES
ET ASSISTANTES
MEDICO-SOCIALES | M ^{me} M.R. Ordoñez |

COMMISSION MEDICALE
CHRETIENNE

Dr G. Viterbo

FEDERATION INTERNATIONALE
POUR LE PLANNING FAMILIAL

Dr J. Ilano

FEDERATION MONDIALE DES
ASSOCIATIONS POUR LES
NATIONS UNIES

Dr M.M. Alimurung

FEDERATION MONDIALE
DES ERGOTHERAPEUTES

Mme C. Abad

FEDERATION MONDIALE POUR
L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE

Dr J. Cuyegkeng

SOCIETE INTERNATIONALE DE
RADIOLOGIE

Dr H. Zialcita

SOCIETE INTERNATIONALE POUR
LA READAPTATION DES HANDICAPES

Professeur C. Floro

VI. Secrétariat de l'OMS

DIRECTEUR GENERAL

Dr H. Mahler

SECRETAIRE

Dr Francisco J. Dy

1. DESIGNATION DU DIRECTEUR REGIONAL : Point 9 de l'ordre du jour
(document WPR/RC26/3)

Le PRESIDENT déclare que, conformément à l'article 51 de son Règlement intérieur, le Comité régional du Pacifique occidental examinera ce point en séance privée.

La réunion se déroule à huis clos de 9 heures à 9 h 45; la séance publique reprend à 10 heures.

A la demande du PRESIDENT, le DR PHOUTTHASAK (Laos), Rapporteur, donne lecture de la résolution qui vient d'être adoptée par le Comité régional en séance privée :

Le Comité régional,

Vu l'article 52 de la Constitution; et

Conformément à l'article 51 de son Règlement intérieur,

1. DESIGNÉ le DR Francisco J. Dy en qualité de Directeur régional pour le Pacifique occidental;
2. DECIDE que seul le nom du DR Dy, Directeur régional en fonction, sera soumis au Conseil exécutif; et
3. PRIE le Directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du DR Francisco J. Dy pour une nouvelle période de trois ans à compter du 1^{er} juillet 1976.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie le Comité de la confiance qu'il lui manifeste en le désignant pour un nouveau mandat. Il est heureux d'avoir pu servir l'Organisation pendant 25 années, dont neuf en qualité de Directeur régional. Il est reconnaissant aux Gouvernements Membres de leur compréhension et de leur collaboration dans la promotion des idéaux de l'OMS, qui est avant tout leur Organisation. Ses remerciements vont aussi au Directeur général, pour sa patience, sa compréhension et son soutien, et au personnel de la Région du Pacifique occidental pour l'aide qu'il lui apporte dans l'exécution du programme de l'OMS.

2. EXAMEN DES PROJETS DE RESOLUTION

Le Comité examine les résolutions suivantes :

2.1 Rapport annuel du Directeur régional (document WPR/RC26/WP/1)

Décision : Le projet de résolution est adopté (résolution WPR/RC26.R2).

2.2 Résolutions d'intérêt régional adoptées par la Vingt-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif à ses cinquante-cinquième et cinquante-sixième sessions (document WPR/RC26/WP/2)

Décision : Le projet de résolution est adopté (résolution WPR/RC26.R3).

2.3 Assistance spéciale au Cambodge, au Laos, à la République démocratique du Viet-Nam et à la République du Sud Viet-Nam (document WPR/RC26/WP/3)

Le Dr KING (Etats-Unis d'Amérique) déclare que lors de l'adoption de la résolution WHA28.79 par l'Assemblée mondiale de la Santé, bien qu'il n'y ait pas eu de vote sa délégation avait indiqué qu'elle s'opposerait à la résolution. Il persiste à croire que des résolutions de ce genre ne peuvent que compliquer les efforts de planification et de gestion du Directeur général, à qui il appartient de déterminer les besoins financiers de l'Organisation, compte tenu des besoins relatifs des Etats Membres et de l'efficacité des mesures envisagées. Le Dr King accueille favorablement l'assurance déjà donnée au cours de la session par le Directeur général que l'Organisation se comporterait en partenaire multilatéral de la coopération technique dans le cadre du développement sanitaire national. L'Organisation ne doit pas devenir simplement "une institution donatrice de plus".

Décision : Le projet de résolution est adopté (résolution WPR/RC26.R4).

2.4 Promotion des services nationaux de santé en ce qui concerne les soins de santé primaires (document WPR/RC26/WP/4)

Décision : Le projet de résolution est adopté (résolution WPR/RC26.R5).

3. PROGRAMME INTERNATIONAL POUR L'AMELIORATION DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT DANS LES ZONES RURALES DES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT : Point supplémentaire 2 de l'ordre du jour (document WPR/RC26/4)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le Directeur général attache une importance considérable au projet de programme international pour l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les zones rurales des pays en voie de développement. Il informe le Comité que le document WPR/RC26/14 décrit les mesures prévues ou déjà prises par un groupe d'organisations internationales (Banque mondiale, CRDI, OCDE, PNUD, PNUE, FISE et OMS) ayant constitué un groupe de travail ad hoc sur l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement en milieu rural. La participation à ce groupe de travail de représentants de deux ou trois pays en voie de développement de la Région du Pacifique occidental serait particulièrement bénéfique.

Le Directeur régional indique que le Comité souhaitera peut-être formuler des observations sur les propositions relatives au programme international et suggérer les pays qui devraient être invités à envoyer des représentants à la prochaine réunion du groupe de travail ad hoc qui doit se tenir à Genève en novembre 1975.

Le Dr MAJID (Malaisie) fait observer que le programme mérite un appui bilatéral et international. Il importe toutefois que l'assistance des experts soit mise en oeuvre dans le contexte local car les conditions socio-économiques et les mentalités des populations sont extrêmement diverses. La Malaisie est prête à faire part de son expérience dans ce domaine.

Les pompes et autre matériel nécessaire seront également de types très divers et, dans la mesure du possible, la collectivité devra pouvoir se les procurer, ainsi que les pièces de rechange, à des conditions avantageuses. Du personnel connaissant bien le matériel disponible sur place devra être formé et affecté au programme.

Les salaires doivent être convenables si l'on veut garantir une certaine stabilité de la dotation en personnel. Le succès de la mise en oeuvre suppose un appui sans défaillance de la part du gouvernement. Ces programmes, déjà d'une importance capitale sur le plan de la santé publique, conditionnent à leur tour le succès d'autres programmes de prévention. Ils doivent être intégrés dans les activités de nutrition appliquée et de lutte contre les vers.

Pour avoir le maximum d'efficacité, les institutions internationales doivent opérer dans les pays souffrant d'un retard économique, leurs fonctionnaires apportant leur compétence spécialisée, tandis que le pays lui-même s'engage résolument à mener le programme à bonne fin, fournit les matériels nécessaires, et veille à ce que des effectifs suffisants soient régulièrement disponibles. L'expérience a montré que le manque d'experts et l'insuffisance du matériel pouvaient conduire à l'échec.

Le PRESIDENT remercie le Représentant de la Malaisie et demande aux pays qui souhaiteraient participer au groupe de travail ad hoc prévu pour novembre 1975 de bien vouloir se manifester.

Le DR TOUA (Papua-Nouvelle-Guinée), le DR SUMPAICO (Philippines) et le DR CHANG (République de Corée) indiquent que leurs pays seraient heureux de participer au groupe de travail.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT renvoie les Rapporteurs au projet de résolution figurant dans le document WPR/RC26/14. (Pour l'examen du projet de résolution, voir la cinquième séance, section 1.1).

4. ETAT D'AVANCEMENT DES PROGRAMMES QUI BENEFICIENT DE L'AIDE DE L'OMS DANS LA REGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL : Point 12 de l'ordre du jour (document WPR/RC26/6 et Corr.1)

Le DIRECTEUR REGIONAL informe le Comité que le document WPR/RC26/6 contient la troisième évaluation de l'état d'avancement des programmes soutenus par l'OMS dans la Région et qu'il résume les rapports des gouvernements sur l'état d'avancement des projets à long terme pour la période allant de juillet 1973 à juin 1974. La première évaluation, concernant les projets ayant fait l'objet d'une assistance entre juillet 1969 et juin 1970, a été soumise au Comité à sa vingt et unième session, et la seconde évaluation, relative à la période de juillet 1970 à juin 1971, lors de sa vingt-deuxième session. A sa vingt-deuxième session, le Comité a adopté une résolution demandant qu'il soit procédé à ces évaluations tous les deux ou trois ans.

On a utilisé pour l'évaluation en cours d'examen un questionnaire modifié et plus précis visant à obtenir des informations concises et pertinentes. Le Directeur régional indique que les observations des représentants sur l'intérêt que présentent pour leurs gouvernements les informations ainsi recueillies seront fort appréciées.

Après avoir félicité le Directeur régional pour le rapport très utile dont est saisi le Comité et, avec quelque peu de retard, pour son rapport annuel, le Dr EVANS (Australie) demande des éclaircissements sur les points suivants du document WPR/RC26/6 :

- 1) page 4, paragraphe 4 : il est dit que dans 33% des projets les gouvernements n'ont pu assumer leurs obligations; c'est ce que paraissent confirmer les chiffres fournis au tableau 2 de la page 24, à la rubrique "ressources locales pleinement et efficacement utilisées";
- 2) paragraphe c), page 5 : le chiffre de 60,6% pour le rapport positif entre les projets et les plans de développement socio-économique paraît faible.

Le Dr Evans fait valoir que l'on peut se demander si les projets originaux sont bien les plus appropriés, si l'on s'en rapporte du moins aux chiffres fournis au tableau 2 de la page 21 sur le nombre de projets ayant atteint leurs objectifs. Le Dr Evans conclut en se félicitant du nombre de réponses recueillies par le questionnaire.

Le Dr DICKIE (Nouvelle-Zélande) demande des éclaircissements sur un terme qui revient une ou deux fois dans le document WPR/RC26/6. Il voudrait savoir ce que l'on entend par "technologie transférable".

Le Dr ANGARA (Sous-Directeur des Services de Santé) répond que la "technologie transférable" désigne les techniques ou les méthodes appliquées pour la mise en oeuvre des programmes. C'est ainsi qu'en planification sanitaire nationale on est conduit à mettre au point certaines techniques concernant par exemple : a) la formation, et b) l'application de méthodes introduites au cours des projets ou programmes afin que le pays ait la possibilité de se familiariser avec les procédures en question, et puisse ainsi poursuivre l'action après le retrait de l'assistance internationale.

Le Dr KING (Etats-Unis d'Amérique) félicite le Directeur régional pour son rapport. La délégation des Etats-Unis d'Amérique est particulièrement impressionnée de constater qu'une évaluation de cette nature est assurée à titre régulier. A sa connaissance, la Région du Pacifique occidental est la seule où les pays sont amenés à participer à ce genre d'évaluation. Quelles mesures le Directeur régional entend-il prendre pour remédier aux difficultés que pourraient faire apparaître les évaluations ? En effet, l'évaluation n'est qu'un premier pas.

Il est intéressant de noter, à la page 13, que 74% des projets ont maintenant des résultats mesurables. Le Dr King demande ensuite si l'évaluation s'applique principalement, voire exclusivement, aux projets à long terme. Comment définit-on la notion de projet à long terme ? Les résultats sont souvent plus facilement mesurables pour les projets à court terme, de 1 à 3 ans par exemple, étant donné que ces projets visent un objectif rapproché. Peut-être conviendrait-il d'envisager d'étendre l'évaluation à ces projets.

Le Dr ANGARA (Sous-Directeur des Services de Santé) fournit des éclaircissements sur les notions de court terme et de long terme dans le contexte de l'évaluation. Les projets comportant des visites de consultants, d'une durée généralement inférieure à 6 mois, n'ont pas été inclus. Les projets de cette nature sont de portée très limitée et ne comportent pas la notion d'utilisation des ressources qui est précisément le principe retenu en matière d'évaluation. L'évaluation des projets ne comportant que l'envoi de consultants est assurée d'une autre manière, le rapport du consultant étant évalué à la fois par le gouvernement et par le Bureau régional. Les recommandations qu'il contient peuvent déboucher soit sur une initiative immédiate du gouvernement, soit sur un projet à long terme de plus d'une année, auquel cas on met au point un plan d'opérations, le projet étant finalement versé au dossier d'une analyse du type de celles qui font l'objet du présent débat. L'évaluation dont il est maintenant question s'applique à des projets devant durer généralement deux ans et plus. Elle concerne l'utilisation des ressources, tant par les gouvernements que par l'OMS, ainsi que le degré de coopération qui existe entre l'OMS et le personnel national.

En réponse à la première question du Dr King, le DIRECTEUR REGIONAL indique que lorsque les résultats sont favorables l'OMS ne peut naturellement que s'en réjouir. Mais il est d'autres activités qui débouchent sur des résultats décevants; lorsque cela se produit la question est réexaminée avec le gouvernement. Il en résulte parfois l'envoi d'une mission spéciale dirigée par le Directeur régional ou par d'autres membres du personnel du Bureau régional, accompagnés du Représentant de l'OMS, qui est chargée de se renseigner en détail sur l'origine des difficultés. Des discussions franches ont lieu avec le gouvernement. Il arrive aussi que les gouvernements modifient leurs priorités, ce qui justifie alors l'affectation d'un ordre de priorité plus élevé à de nouveaux projets.

En l'absence d'observation, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de mettre au point une résolution appropriée. (Pour l'examen du projet de résolution, voir la quatrième séance, section 3.1).

5. FIEVRE HEMORRAGIQUE DENGUE : ASSISTANCE EN CAS D'URGENCE : Point 13 de l'ordre du jour (document WPR/RC26/7)

Le DIRECTEUR REGIONAL se réfère au document WPR/RC26/7 qui explique les circonstances qui l'ont amené à demander au Comité l'autorisation d'inscrire la somme de 10 000 \$EU sur la Liste des projets additionnels de 1976 et des années suivantes, pour lui permettre d'aider les gouvernements, dans les cas d'urgence, en leur livrant des fournitures et de l'équipement en cas de flambées épidémiques de dengue et de fièvre hémorragique dengue. L'expérience a montré récemment dans le secteur du Pacifique sud qu'il arrive très souvent que ni les appareils de pulvérisation au sol en VUF ni les insecticides, sans lesquels il est impossible de mettre en oeuvre les mesures de lutte, n'étaient immédiatement disponibles lorsque des flambées survenaient.

La façon précise dont le matériel et les insecticides seront mis à la disposition des gouvernements sur leur demande variera en fonction de la situation du pays au moment de la poussée épidémique. On envisage cependant

l'achat d'environ 6 appareils portatifs de pulvérisation sous VUF qui seraient conservés au Bureau régional et prêtés aux gouvernements qui le demanderaient. Les insecticides ne seraient pas gardés en stock, car ils risquent de se détériorer à la longue, mais des crédits seraient réservés pour en acheter immédiatement en cas de nécessité. Les frais de transport seraient à la charge du gouvernement demandeur.

Le Dr DIZON (Philippines) appuie la proposition tendant à créer au Bureau régional un stock de fournitures et de matériel à mettre à la disposition des pays Membres en cas d'urgence. L'intention du Directeur régional de prévoir 10 000 dollars pour l'acquisition immédiate de matériel et de fournitures est jugée excellente, même si rien n'est prévu au budget pour cela. La lutte antivectorielle est le moyen le plus efficace de lutter contre la fièvre hémorragique dengue. Le Dr Dizon explique que les Philippines ont connu des flambées sporadiques au cours des dix dernières années, et qu'il fallait se préparer à faire face à toute éventualité. Conformément à la suggestion avancée durant la vingt-cinquième session du Comité régional, les Etats Membres doivent se doter d'unités de lutte antivectorielle. C'est ce qui est en train de se faire aux Philippines, où des dispositions sont prises pour se procurer du matériel et des fournitures.

Le Dr MAJID (Malaisie) expose que, fort de l'expérience que la Malaisie a pu acquérir en matière de lutte contre la fièvre hémorragique dengue au cours de ces dernières années, le Gouvernement malaisien est en mesure d'appuyer la proposition de conserver au Bureau régional du matériel et des insecticides à l'intention de tout Etat Membre qui aurait à faire face à une situation d'urgence. Il y a cependant des limites aux possibilités de stockage. Une ville de 55 000 habitants aurait besoin d'environ 950 litres d'insecticide, soit un tiers du stock d'urgence. Une épidémie importante survenant chez un Etat Membre suffirait à épuiser rapidement le stock. Il conviendrait de réfléchir aux points suivants :

- a) le type d'équipement à stocker;
- b) les quantités à stocker;
- c) en fonction des quantités à stocker, la conduite à tenir pour le réapprovisionnement.

En Malaisie les applications au sol sous volume ultra-faible ont été effectuées avec le LECO H-D, appareil à aérosol extrêmement sûr et durable, d'une utilisation facile et qui assure une dispersion régulière. Son unique inconvénient, outre son poids, est qu'il ne peut être utilisé dans les endroits où les habitations ont plus de deux étages. Ces appareils se sont révélés fort utiles dans les zones urbaines où se sont déclarées la plupart des flambées épidémiques. On ne pourrait s'en servir dans les zones rurales reculées où, toutefois, aucune épidémie importante n'a été signalée. Les applicateurs portatifs de brouillards thermiques ont également été utilisés en Malaisie. Le choix des appareils à garder en stock se fonde sur deux considérations importantes, à savoir :

- a) le fait qu'un stock des pièces de rechange les plus courantes doit être disponible en permanence;

- b) si un Etat Membre ne dispose pas du personnel capable d'assurer l'entretien et le fonctionnement de l'appareil, le Bureau régional doit non seulement procurer celui-ci mais également fournir les services d'un technicien.

Un manuel expliquant en termes simples le fonctionnement du LECO H-D a été mis au point en Malaisie : il est à la disposition des pays intéressés. Il est recommandé de se procurer le LECO H-D, son poids ne devant pas l'écarter automatiquement, dans les cas où un seul appareil peut en remplacer deux ou trois autres d'une capacité d'une tonne. Comme les crédits disponibles seraient rapidement épuisés par quelques flambées, l'orateur propose que les Etats Membres paient les insecticides utilisés pour assurer la continuité des fonds d'avances remboursables. Il serait utile qu'un crédit de trois mois puisse leur être consenti à cet effet.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie le Représentant de la Malaisie pour ses très intéressantes observations. Il espère que les gouvernements rembourseront rapidement les insecticides qui leur seront fournis tout en concevant qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir immédiatement les fonds nécessaires, alors que les poussées épidémiques ne peuvent pas attendre.

Le Dr COUTURIER (France) souligne qu'en dehors des périodes d'épidémie, il faut recourir à une action collective visant à éliminer les gîtes larvaires. Cette action peut être menée par des agents de santé à tous les niveaux - dans les milieux familiaux, scolaires et de quartier - appuyés par la radio, les activités de propagande et les affiches. Les avantages écologiques, matériels et financiers d'une telle formule, faisant plus de place au bon sens qu'à la technique, sont indubitables. En Polynésie française, l'indice vectoriel homme/heure est passé de 4 à moins de 1 après seulement six semaines d'effort. Or, la menace d'épidémie semble bien disparaître, sans recours aux procédés chimiques, lorsque l'indice devient inférieur à un moustique par personne et par heure.

Le Dr DICKIE (Nouvelle-Zélande) fait savoir que son Gouvernement est en faveur de la proposition visant à inclure la somme de 10 000 \$EU dans la Liste des projets additionnels de 1976 et des années à venir.

Les récentes flambées de fièvre hémorragique dengue rendent plus patente la nécessité d'une lutte antivectorielle continue. Le fait de savoir qu'ils peuvent disposer de matériel risque de donner à certains gouvernements un sentiment de fausse sécurité. Il ne leur en appartient pas moins de prendre eux-mêmes des mesures de lutte contre les vecteurs. Chaque territoire devrait mettre au point un plan d'urgence prévoyant la mobilisation d'effectifs suffisants de moyens de transport et de matériel afin de pouvoir faire face à une épidémie, même sans faire appel au matériel et à l'aide de l'OMS. Dans l'éventualité d'une flambée très étendue, l'aide apportée risque en effet d'être insuffisante. Il faut peut-être envisager de ne procurer du matériel et des fournitures qu'aux petites îles où l'achat et l'entretien de matériel peuvent poser des difficultés. Le Gouvernement néo-zélandais cherche les moyens d'apporter une aide en cas de catastrophe de toute nature, et notamment en cas de flambée de fièvre dengue.

Le PRESIDENT révèle aux participants qu'une flambée sévit actuellement au Samoa-Occidental et que plus de 300 cas ont été signalés à la fin du mois d'août. La visite du conseiller régional de l'OMS pour la lutte contre les vecteurs est arrivée à point nommé. A son avis, la somme de 10 000 \$EU est insuffisante. Au Samoa-Occidental, petite île de 160 000 habitants, le budget initial s'est élevé à 20 000 \$EU.

Le DR TOUA (Papua-Nouvelle-Guinée) déclare qu'à la suite de la flambée qui sévit au Samoa-Occidental, le Papua-Nouvelle-Guinée a tenté de se prémunir en achetant trois pompes VUF et quelques autres fournitures d'un montant de 10 000 dollars australiens. Il n'y a dans le pays que du personnel spécialisé dans la lutte contre le paludisme. De plus, 10 000 \$EU ne suffisent pas, surtout pour couvrir les besoins de pays plus importants. Les gouvernements doivent s'assurer le concours de personnel pour faire face aux cas d'urgence.

Le DIRECTEUR REGIONAL développe sa déclaration initiale en indiquant que du personnel de l'OMS pouvait être dépêché pour apprendre à du personnel national à se servir de l'équipement. L'OMS a organisé un certain nombre de cours nationaux et inter-pays en vue de mettre du personnel à même de faire face aux urgences et d'assurer la régularité des campagnes destinées à éliminer les vecteurs. Si le montant de 10 000 \$EU ne suffit pas, on pourra envisager de l'augmenter.

Le Professeur CHOW (Conseiller régional pour la biologie des vecteurs et la lutte antivectorielle) appelle l'attention sur le document WPR/VBC/16 "Analyse de quelques appareils d'application au sol et de certains insecticides utilisés pour la lutte contre Aedes aegypti" mentionné par le Directeur régional lorsqu'il a présenté son rapport annuel. Ce document fournit les réponses aux questions soulevées par les Représentants de la France et de la Nouvelle-Zélande. Il est bien connu que l'assainissement de base et l'éducation sanitaire constituent les mesures clé de la lutte contre les moustiques vecteurs. Toutefois, pendant les épidémies il est trop tard pour mettre en oeuvre les mesures d'assainissement élémentaires qui auraient dû être entreprises dès le début. Il n'existe pas de traitement spécifique de la fièvre dengue ou de la fièvre hémorragique dengue; aucun vaccin n'a encore été mis au point. La seule mesure à prendre est de tuer le moustique vecteur, ce que l'on fait au moyen d'insecticides. Les mesures d'aide d'urgence proposées résultent des enseignements de l'épidémie qui s'est déclarée au début de 1975 à Fidji, lorsque, à Suva seulement, quelque 30 000 personnes ont contracté la fièvre dengue. A l'époque, le gouvernement a demandé à l'OMS de lui prêter le matériel et les insecticides nécessaires à cette campagne de lutte, mais l'Organisation n'en avait pas à sa disposition, pas plus qu'elle ne disposait des ressources qui lui auraient permis de prendre des mesures immédiates. L'OMS a dû se contenter de fournir des services techniques et consultatifs; la Commission du Pacifique sud a pu fournir un peu de matériel mais pas d'insecticides.

Le Professeur Chow reconnaît avec le DR Majid que le matériel LECO H-D est utile, mais il ajoute que son encombrement exige de bonnes routes pour le transport. Il admet aussi que la somme envisagée est modeste, mais elle est destinée aux cas d'urgence. En réponse aux observations du DR Toua, le Professeur Chow précise qu'un colloque sur les mesures de démoustication a eu lieu récemment à Kuala Lumpur afin d'initier du personnel aux nouvelles méthodes de la lutte contre les maladies transmises par les insectes.

Le Dr EVANS (Australie) indique que sa délégation appuiera la proposition du Directeur régional. Il semble qu'il s'agisse d'un bon moyen, d'ailleurs efficace, de prêter du matériel dans les cas d'urgence. Il admet avec le Représentant de la Malaisie que les pièces de rechange sont essentielles, quelle que soit la nature de l'équipement.

En l'absence d'autres observations, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de mettre au point un texte de résolution. (Pour l'examen du projet de résolution, voir la quatrième séance, section 3.2).

6. NUTRITION INFANTILE ET ALLAITEMENT MATERNEL : Point 14 de l'ordre du jour (document WPR/RC26/8)

Le Dr NICHOLSON (Royaume-Uni), qui présente le point de l'ordre du jour, indique que le Gouvernement du Royaume-Uni a proposé l'inscription de ce problème à l'ordre du jour en raison de l'extrême importance du sujet. C'est avec beaucoup d'intérêt qu'il a pris connaissance du document WPR/RC26/8 qui résume les mesures prises par l'OMS et les Etats Membres de la Région tout en suggérant la conduite à tenir pour l'avenir. Il est réconfortant de constater que la circulaire envoyée à tous les Etats Membres à la suite de la résolution WPR/RC25.R10 précise que la résolution ne doit pas être prise isolément mais replacée dans le contexte de la mise en oeuvre des programmes dans d'autres domaines, tels que les affaires sociales, l'agriculture et le développement des collectivités, y compris l'assainissement, la communication et l'emploi.

Le Dr Nicholson félicite l'OMS des mesures qu'elle a prises jusqu'ici. Il souligne l'importance d'une action d'éducation sanitaire sans défaillance, devant nécessairement comprendre une éducation en matière de préparation et d'utilisation hygiéniques des denrées entrant dans la composition de l'alimentation d'appoint, cette question devant faire l'objet des soins constants de l'administration de la santé à mesure que les générations de jeunes femmes atteignent l'âge d'avoir des enfants. En ce qui concerne la moralité du commerce et des méthodes de vente utilisées par les fabricants de lait artificiel, il serait intéressant d'avoir le point de vue des administrations de la santé de la Région pour savoir si l'on a constaté dans leurs pays respectifs des infractions à la moralité du commerce.

Le Dr MAJID (Malaisie) indique que le Gouvernement malaisien appuie sans réserve les considérations sur la nutrition infantile et l'allaitement maternel que contient le document WPR/RC26/8. En Malaisie, les activités relatives à la nutrition et à l'allaitement maternel sont mises en oeuvre dans un esprit d'intégration, par l'intermédiaire de l'infrastructure de santé rurale, dans le cadre du programme de santé de la famille. Un programme national d'alimentation et de nutrition appliquées, coordonné par le cabinet du Premier Ministre, avec la participation des Ministères de l'Agriculture et de l'Aménagement rural, de la Santé, de l'Education et de l'Information, est actuellement en bonne voie. La priorité donnée au développement de ce programme a été justifiée par les taux de mortalité infantile utilisés comme indices de la malnutrition. Les services de santé maternelle et infantile, y compris les services de nutrition et d'éducation nutritionnelle, sont en cours de renforcement dans tous les secteurs couverts par le programme d'alimentation et de nutrition appliquées, ainsi que dans les

secteurs où les services de planification familiale sont intégrés dans les services de santé rurale dans le cadre du projet relatif à la population. Cette politique suppose la coordination et l'intégration des efforts consentis par les autres Ministères - Education, Information, Agriculture et Aménagement rural - pour compléter ceux du Ministère de la Santé.

Les activités relatives à la promotion de la nutrition infantile et de l'allaitement maternel sont intensifiées par toutes les catégories de personnel de santé maternelle et infantile au cours de la période précédant la naissance, et suivies au cours des visites à domicile durant la période postnatale et des sessions de puériculture. Au cours de ces dernières, des leçons de cuisine mettent l'accent sur l'alimentation de complément à base de denrées disponibles sur place. Une campagne de promotion de l'allaitement maternel et de la nutrition infantile est envisagée dans le cadre du programme d'alimentation et de nutrition appliquées. La possibilité de lancer un projet d'allaitement maternel est envisagée avec l'OMS, la FAO et la SIDA.

Un programme d'alimentation d'appoint pour les femmes enceintes et les mères allaitantes, les nourrissons et les enfants est mis en oeuvre par les dispensaires de santé maternelle et infantile. On utilise pour cela du lait écrémé et tous les centres de santé ont reçu des instructions sur les modalités de la distribution. On espère pouvoir remplacer un jour venant le lait écrémé par des denrées produites sur place. L'unité de santé maternelle et infantile travaille en étroite collaboration avec l'Institut technique de l'alimentation pour essayer de mettre au point et de fabriquer des aliments pour bébés. Avec l'aide financière du Gouvernement australien, les pays de l'ASEAN mettent en oeuvre un projet commun pour la mise au point, à partir de soja, de protéines à bas prix pour les nourrissons et les enfants.

La formation en matière de nutrition de toutes les catégories de personnel de santé est assurée parallèlement au développement du programme d'alimentation et de nutrition appliquées. La nutrition figure parmi les disciplines de base comptant dans la formation des travailleurs polyvalents, et la formation des auxiliaires de la santé en matière d'alimentation et de nutrition est actuellement en cours.

Les objectifs suivants sont proposés en plus de ceux qui figurent dans le document WPR/RC26/8 : 1) l'établissement d'un code de déontologie donnant la priorité à l'allaitement maternel et interdisant la publicité relative aux aliments artificiels; 2) le contrôle gouvernemental de la publicité relative à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants; 3) l'étiquetage et le contrôle du lait enrichi et des aliments pour nourrissons.

Le Dr KING (Etats-Unis d'Amérique) exprime la satisfaction de sa délégation de voir figurer ce point à l'ordre du jour et félicite le Directeur régional et son personnel des progrès déjà réalisés. La délégation américaine soutient fermement les mesures proposées pour l'avenir. Elle désire proposer l'élargissement des objectifs de façon à y inclure non seulement la mise sur pied de politiques alimentaires et nutritionnelles nationales mais également la promotion de ces politiques dans le cadre des plans nationaux de développement. La délégation américaine insiste aussi sur l'importance de la

coordination des efforts de l'OMS et de ceux des autres organismes internationaux tels le FISE, le FNUAP et la FAO et recommande, comme il a déjà été proposé au paragraphe 2.2 du document WPR/RC26/8, que des études soient entreprises pour mieux connaître le rapport qui existe entre les différents types d'alimentation et les taux de morbidité et de mortalité infantiles.

Le Dr CHEN (Chine) souhaite la bienvenue aux Représentants de la République du Sud Viet-Nam qui viennent de se joindre à la réunion. La délégation de la République populaire de Chine a trouvé le document très intéressant; en Chine, l'allaitement au sein et l'alimentation mixte sont pratiqués couramment. Le Président Mao Tse Toung, le Parti communiste chinois et le Gouvernement se sont toujours attentivement préoccupés des problèmes de santé et de croissance des enfants. La Constitution de la République populaire de Chine stipule explicitement que les mères et les enfants doivent bénéficier de la protection de l'Etat. Le Parti et le Gouvernement ont pris un certain nombre de mesures concrètes pour encourager et faciliter l'allaitement au sein. La loi accorde aux mères qui travaillent 56 jours de congé de maternité. Si l'accouchement est difficile ou si la mère donne naissance à des jumeaux, elle a droit à un congé de 70 jours avec plein salaire. Les mères peuvent également se libérer pendant les heures de travail pour allaiter leur enfant; de nombreuses crèches ont été prévues à cet effet. Dans les communes rurales, les jeunes mères qui ont terminé leur congé de maternité se voient confier des travaux légers ou en tout cas à peu de distance de la commune. De nombreuses garderies d'enfants sont ouvertes à l'époque des gros travaux agricoles. Des succédanés nutritifs du lait à base de soja, dont la production est peu coûteuse, sont utilisés pour compléter le lait maternel. Il est également fait usage de lait frais de chèvre ou de vache ainsi que d'autres produits laitiers. Les recherches effectuées en Chine dans le domaine des succédanés du lait et des aliments d'appoint pour nourrissons se poursuivront. Des garderies d'enfants seront également créées. Tout est fait pour améliorer la santé des nourrissons et des jeunes enfants.

Le Dr DIZON (Philippines) déclare que son Gouvernement, pleinement conscient de la gravité du problème de la malnutrition, non seulement aux Philippines mais dans d'autres secteurs de la Région, a adopté comme l'un des principaux objectifs de son programme de santé la protection, la conservation et la promotion de la santé et du bien-être de la population en matière de nutrition, notamment des catégories vulnérables comme les nourrissons, les femmes enceintes et les mères allaitantes. Il est admis que l'allaitement au sein constitue une mesure de santé publique très importante qui nécessite des efforts conjugués du gouvernement et du secteur privé. Le Département de la Santé a organisé à l'intention des professionnels de la santé une série de colloques sur la nutrition, la santé maternelle et infantile et la planification familiale, dont un sur l'allaitement maternel. On a mis l'accent sur la formation des personnels de santé pour qu'ils incitent les mères à allaiter leur enfant et à lui donner les aliments complémentaires et artificiels nécessaires. Les centres de puériculture servent à la démonstration des techniques d'alimentation infantile pour la réadaptation des cas de malnutrition et permettent d'initier les mères à la nutrition. Les "nutriwards", salles créées dans les hôpitaux d'Etat pour la réadaptation des enfants sous-alimentés, sont équipés de façon à permettre aux mères de jouer un rôle actif. En outre, cette solution donne à la mère la possibilité de se familiariser avec les questions de santé en général, et de nutrition en particulier.

Le Dr OSAWA (Japon) présente le programme de promotion de l'allaitement maternel actuellement mis en oeuvre par le Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale. Le programme comprend : 1) une campagne d'information; 2) la mise sur pied d'une équipe chargée d'étudier le rôle que joue l'allaitement maternel pour le développement d'enfants sains et bien portants; 3) des cours de formation et des activités d'éducation du public; 4) la collaboration des autorités locales et des organisations bénévoles pour promouvoir un programme d'allaitement maternel; 5) l'étude des directives applicables à la publicité relative à la vente des aliments pour nourrissons, et en particulier des produits laitiers.

Mme BROINOWSKI (Australie) déclare que son Gouvernement a déployé tous les efforts possibles pour permettre à un plus grand nombre de mères d'allaiter leur enfant; c'est le cas par exemple des femmes qui travaillent et qui, auparavant, auraient dû recourir à l'alimentation artificielle pour conserver leur emploi. Les fonctionnaires ont maintenant la possibilité de décaler leur congé de maternité par rapport à la date de leur accouchement si elles désirent continuer à allaiter. On espère que les entreprises privées suivront l'exemple du Gouvernement.

Les mesures gouvernementales répondent aux inquiétudes, désormais reconnues, qu'inspirent les effets de l'alimentation artificielle sur les nourrissons. On soupçonne que l'alimentation artificielle joue un rôle important dans l'apparition de la maladie coeliaque et des allergies alimentaires, qu'elle explique pour une part certains décès de nourrissons, et qu'elle s'ajoute à l'effet combiné de la suralimentation et de l'interruption prématurée de la lactation.

D'accord en cela avec l'opinion publique, le Gouvernement se félicite de constater qu'un nombre croissant de femmes australiennes se préoccupent d'encourager l'allaitement maternel. L'Association australienne des mères allaitantes, qui est un organisme privé, s'est remarquablement développée ces dernières années, notamment auprès des classes moyennes. Cette association rappelle que l'allaitement au sein présente de nombreux avantages qui méritent d'être défendus, quels que soient les obstacles qu'il rencontre. On estime en Australie qu'il appartient au gouvernement de tout mettre en oeuvre pour écarter les pressions dont l'allaitement maternel est l'objet et qui risquent de placer en situation difficile les femmes qui souhaitent le pratiquer. On estime encore qu'il est fâcheux que des organismes tels que l'OMS puissent parler de la nécessité d'améliorer l'état d'esprit des mères alors qu'il n'en a pas le moindre besoin. Ce qu'il faut plutôt améliorer ce sont les conseils donnés, lesquels varient avec les théories à la mode aux diverses époques. Il y a vingt ans, on demandait aux mères de faire preuve d'un meilleur état d'esprit en achetant des formules contenant tout ce dont le nourrisson peut avoir besoin, et de se défaire de l'habitude de l'allaitement au sein, réputée peu hygiénique, désagréable et non scientifique. Plus tard, l'allaitement maternel devait revenir en faveur. Ce qu'il faut admettre c'est que les mères sont assez intelligentes pour savoir ce qui convient à leurs bébés. Dire aux gens ce qui leur convient le mieux parce qu'on en a décidé ainsi est une sorte de paternalisme dont l'OMS pourrait fort bien se dispenser.

Le Dr DICKIE (Nouvelle-Zélande) remercie le Représentant du Royaume-Uni pour avoir présenté le point de l'ordre du jour.

Se référant à l'affirmation contenue dans le document WPR/RC26/8 selon laquelle : "Dans les sociétés où l'allaitement maternel est une tradition prévalente, l'alimentation d'appoint apparaît d'ordinaire trop tard et est généralement insatisfaisante" Le Dr Dickie indique qu'il y a des secteurs de la Région où l'allaitement au sein est la règle, mais où il est complété par une alimentation d'appoint introduite précocement sans qu'il en résulte aucune difficulté. En fait, ce qui cause souvent la malnutrition des nourrissons c'est l'arrivée d'un autre bébé, avec ce résultat que son aîné est confié à des parents et à des amis avant d'avoir été convenablement sevré. Le brusque retrait du lait maternel, joint à l'inévitable traumatisme résultant de la privation des soins et de l'affection de la mère, sont les principaux facteurs responsables de la malnutrition, bien davantage que le caractère peu satisfaisant de l'alimentation d'appoint.

Le Dr Dickie estime que les objectifs du programme peuvent beaucoup contribuer à faire comprendre au public les mérites de l'allaitement maternel, pourvu qu'on lui en explique les raisons concrètes, tel par exemple le fait que les enfants nourris au sein reçoivent de leur mère des anticorps que ne contient pas le biberon. Le Dr Dickie, à l'exemple du Représentant du Royaume-Uni, affirme l'importance que revêt la question du point de vue éthique.

Le Dr TRAN CUU KIEN (République du Sud Viet-Nam) estime que le problème de l'allaitement maternel est lié à des problèmes sociaux. Dans les zones contrôlées depuis un certain temps par le Gouvernement révolutionnaire provisoire, il n'y a pas de problème de nutrition. Ce fait s'explique parce qu'il s'agit de régions d'élevage et de culture, mais aussi par la limitation des naissances, ce qui fait qu'il y a à manger pour tous. Dans la région de Saïgon cependant la majorité des familles comptent au moins six enfants et souvent plus de dix. Beaucoup de mères figurent parmi les deux millions de chômeurs des régions dernièrement libérées. L'alimentation des enfants dans la République du Sud Viet-Nam pose un problème très aigu. Selon les estimations des institutions internationales, on compte entre 800 000 et 1 500 000 orphelins dans une région qui n'est dotée que de 37 orphelinats, d'une capacité de 2085 lits.

Tout en reconnaissant la supériorité de l'allaitement maternel, les autorités de la République du Sud Viet-Nam se trouvent dans une situation où il est souvent impossible de le préconiser. Le Dr Tran Cuu Kien demande au Comité d'aider son pays à résoudre ce très grave problème.

Le Dr TOUA (Papua-Nouvelle-Guinée) se déclare en accord avec le point de vue de la Représentante de l'Australie au sujet de l'éducation des mères. Dans certains pays en voie de développement il n'y a pas d'autre solution que l'allaitement au sein. Ce n'est que lorsque la famille quitte son milieu rural pour se rendre en ville, ou que le mari va chercher du travail ailleurs, que les problèmes commencent à se poser. Outre l'éducation à donner aux mères en matière d'allaitement au sein, il convient d'éduquer les pères pour qu'ils sachent assurer à leurs enfants et à leur femme quand elle est enceinte l'alimentation qui convient.

Dans certaines régions, l'allaitement au sein sert de moyen pour espacer les naissances. Le fait que les mères allaitent plus longtemps compromet l'alimentation d'appoint.

Le PRESIDENT se déclare en faveur des propositions avancées pour l'action future. On a admis au Samoa-Occidental la nécessité de mettre au point un aliment de sevrage. Il est heureux d'annoncer qu'un aliment entièrement fabriqué à partir de denrées disponibles dans les îles du Pacifique occidental sera bientôt prêt à passer au stade de la production. Cet aliment a été essayé et trouvé d'un goût assez agréable. Le gouvernement du Samoa-Occidental se fera un plaisir de communiquer aux autres pays son expérience dans ce domaine.

En l'absence d'autre observation, le PRESIDENT demande aux Rapporteurs de mettre au point un texte de résolution. (Pour l'examen du projet de résolution, voir la cinquième séance, section 1.2).

7. ACCUSE DE RECEPTION PAR LE PRESIDENT DES RAPPORTS SUCCINCTS DES GOUVERNEMENTS SUR LEURS ACTIVITES SANITAIRES : Point 8 de l'ordre du jour (suite de la première séance, section 6)

Le PRESIDENT accuse réception d'un rapport sur les activités sanitaires du Territoire sous tutelle des îles du Pacifique.

8. COMMUNICATION

Se référant au programme de travail du 3 septembre 1975, le DIRECTEUR REGIONAL propose que, si le Comité le veut bien, l'après-midi soit laissé libre; les questions qui n'étaient pas encore réglées à l'issue de la séance du matin seront reprogrammées pour le courant de la semaine.

Il en est ainsi décidé.

La séance est levée à 12 heures.