

PROCES-VERBAL DE LA TROISIEME SEANCE

Salle des conférences de l'OMS
Mercredi 2 octobre 1968, 14 h 30

PRESIDENT : Dr C.S. Gatmaitan (Philippines)

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. Rapport du Directeur régional (suite)	179
2. Résolutions d'intérêt régional adoptées par la Vingt et Unième Assemblée mondiale de la Santé et par la quarante- deuxième session du Conseil exécutif	194
3. Etablissement d'une école de médecine de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental : suite donnée à la résolution WPR/RC18.R7 adoptée par le Comité lors de sa dix-huitième session	196

Troisième séanceMercredi 2 octobre 1968, 14 h 30PRESENTSI. Représentants des Etats Membres

AUSTRALIE	Dr H.M. Franklands Dr R.F.R. Scragg M. P.A. Jackson Dr R.H. MacDonald
CAMBODGE	Dr Thor Peng Thong
CHINE	Dr C.K. Chang Dr Y.T. Wang Dr L.P. Chow
ETATS-UNIS D'AMERIQUE	Dr R.K.C. Lee Dr J.K. Shafer Dr H. DeLien
FRANCE	Médecin-Général J. Rondet
JAPON	Dr T. Muranaka M. K. Watanabe M. N. Maekawa M. Y. Masuko
LAOS	Dr Tiao Jaisvasd Visouthiphongs
MALAISIE	Tan Sri (Dr) Mohamed Din bin Ahmad Dr Chong Chun Hian Dr Fang Ung Seng Dr K.S. Jap
NOUVELLE-ZELANDE	Dr C.N.D. Taylor
PHILIPPINES	Dr C.S. Gatmaitan Dr J. Dizon Dr J. Navarro Dr G. Balbin Dr E. Perez Dr F. Nepomuceno Dr J. Sumpaico

PORTUGAL	Dr N.C. de Andrade
REPUBLIQUE DE COREE	M. Sang Yung Soh Dr K.S. Chang
ROYAUME-UNI	Dr P.H. Teng Dr C.H. Gurd
SAMOA-OCCIDENTAL	M. Luamanuvae Eti
SINGAPOUR	M. Lye Thim Fatt
VIET-NAM	Dr Lê Nhân Thuân

II. Représentants des organisations intergouvernementales

COMITE INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES	Colonel P.J. Barcelona, MC
COMMISSION DU PACIFIQUE SUD	Dr A. Guinea

III. Représentants des organisations non gouvernementales

UNION INTERNATIONALE DES ARCHITECTES	M. J.E. Niñalga
FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE	Dr F. Rojas
UNION INTERNATIONALE POUR L'EDUCATION SANITAIRE	Mlle C. del Rosario
FEDERATION MONDIALE DES ERGOTHERAPEUTES	Mme C.M. Abad
FEDERATION INTERNATIONALE POUR LE PLANNING FAMILIAL	Professeur D. Chun Dr H.M.C. Poortman
COMITE INTERNATIONAL CATHOLIQUE DES INFIRMIERES ET ASSISTANTES MEDICO- SOCIALES	Mme M. Ordoñez

CONSEIL INTERNATIONAL
DES INFIRMIERES

Mme R.S. Diamante

ASSOCIATION INTERNATIONALE
DES FEMMES MEDECINS

Dr Fé del Mundo

IV. Observateur

ILES RYU-KYU

Capitaine D.A. Sebahar

V. Secrétariat de l'OMS

DIRECTEUR GENERAL

Dr M.G. Candau

SECRETAIRE

Dr Francisco J. Dy
Directeur régional

1. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL: point 11 de l'ordre du jour (document WPR/RC19/3) (suite du procès-verbal de la deuxième séance, point 7)

Section 2: Maladies transmissibles (pages 14-28) (suite)

Revenant sur la question posée antérieurement par le représentant de la Malaisie, le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le Dr Azurin, qui est le coordonnateur des travaux de recherche sur le choléra entrepris conjointement par le Gouvernement philippin, le Gouvernement japonais et l'OMS, a accepté d'informer le Comité des derniers changements survenus.

En ce qui concerne la question soulevée par le représentant des Etats-Unis d'Amérique au sujet de la lèpre, le Directeur régional demande si le Dr Lee n'a pas quelques renseignements sur les recommandations qui ont été faites au dernier congrès international de la lèpre.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) précise qu'il n'a pas participé au congrès. A Hawaii, on s'efforce de déterminer s'il y a lieu de mettre sur pied de nouveaux services pour les lépreux. Le Dr Lee a fait partie du Comité consultatif pour la construction et l'un de ses professeurs à l'Ecole de Santé publique, le Dr Robert Worth, qui a effectué certains travaux à Hong Kong, est de l'avis - et le Dr Lee appuie ce point de vue - que le système adopté dans le passé pour les soins à domicile à long terme doit être abandonné. Le Dr Worth a découvert que lors du traitement de la lèpre, le micro-organisme devient fragmenté et le test utilisant la pelote digitale de la souris perd son efficacité. Par conséquent, il aimerait bien savoir ce qui s'est déroulé à la conférence de Londres. Son impression est que les personnes qui prévoient un programme de lutte antilépreuse plus moderne, devraient être prêtes à accepter la nouvelle méthode qui consiste à traiter les lépreux en fonction de leur état d'infection, de l'indice morphologique ou de la fragmentation du micro-organisme, suivant le critère qui aura été accepté.

Le Dr YEN, Conseiller régional pour les maladies transmissibles, dit qu'il a récemment participé à une conférence au Japon au cours de laquelle le document du Dr Worth a été présenté. La politique de nombreux pays est de passer du traitement en établissement au traitement à domicile. Plusieurs léprologues ont demandé comment on peut savoir : 1) que le mycobacterium vu à l'examen d'un frottis est un Mycobacterium leprae, 2) qu'il est vivant et, 3) qu'il est vivant et infectieux. Ce sont là des questions auxquelles il est très difficile de répondre. Dans le passé, on avait établi que tant que l'on reconnaissait le Mycobacterium leprae, le cas était infectieux. Il semble que l'on a changé d'attitude. Dès que l'on administre le DDS, il se produit une fragmentation des micro-organismes et le test de la pelote digitale de la souris montre que les cas ne sont plus infectieux. Le Dr Worth a également étudié pendant sept ans l'évolution de la maladie chez des enfants nés dont l'un des parents a la lèpre ou tous les deux. Dans son rapport préliminaire, dont un résumé a été remis à la conférence du Japon, il est précisé que, dès que le traitement commence, il y a fragmentation des bacilles. Le Dr Yen n'a pas pu dépister l'évolution de la lèpre parmi les enfants nés à une date postérieure au traitement des parents. D'autre part, on a constaté des cas de lèpre chez les enfants qui sont nés avant que le traitement des parents ait commencé. Ce phénomène est considéré comme important du point de vue épidémiologique, surtout si on procède à l'examen au microscope et au test de la pelote digitale de la souris. Il semble que la future méthode de lutte anti-lépreuse suivra la ligne indiquée par le Dr Worth, c'est-à-dire que chaque cas devra être admis dans une léproserie aux fins d'un traitement de trois mois et d'une étude bactériologique. Durant cette période, le sujet bénéficiera d'une éducation sanitaire et ensuite il pourra rentrer chez lui.

Le Dr GURD (Royaume-Uni) déclare que dans l'une des îles Fidji il y a une vaste léproserie qui est célèbre dans le Pacifique sud; depuis l'apparition du DDS, le nombre de cas est tombé d'environ 700 au début de 1950 à environ 234 à l'heure actuelle. Il y a quelques jours, le Gouvernement

britannique s'est engagé par contrat à construire une nouvelle installation à Suva, juste en face de l'Ecole de Médecine. Cette construction se composera de deux bâtiments, l'un qui sera un hôpital de quarante lits et qui sera fort semblable à tout autre hôpital doté de tous les services en soins infirmiers nécessaires. Cet hôpital sera utilisé pour les malades qui exigent un traitement hospitalier. Ces derniers se divisent comme suit : 1) cas de réaction de lèpre; 2) cas relevant de la chirurgie réparatrice et 3) personnes âgées handicapées par la lèpre à une époque où elle était incurable. On estime qu'il est important de transférer les malades de la léproserie située dans l'île à la ville, car en isolant la maladie, on isole aussi ce que l'on sait à son sujet. Le deuxième bâtiment de cette nouvelle installation consistera en un centre d'accueil ayant quarante lits qui logera les malades ambulants pendant leur traitement. De cette manière, on pourra diminuer leur infectiosité en les instruisant sur leur maladie, et ils pourront ensuite rentrer chez eux pour suivre un traitement à domicile. Les formes non infectieuses ou tuberculoïdes ne seront pas admises. Cette nouvelle installation constituera le siège du service de lutte antilépreuse. Les personnes qui suivent un traitement à domicile s'y rendront pour des examens périodiques.

Deux membres du personnel du Dr Gurd ont participé à la conférence de Londres. Le consultant a signalé que les trois points les plus intéressants sont : 1) la capacité de garder en culture le micro-organisme sur une pelote digitale de souris; 2) la recommandation d'administrer le DDS en doses beaucoup plus faibles et 3) les questions concernant l'indice morphologique.

Le Dr Gurd s'est alors référé à la page 22 du rapport du Directeur régional où l'on signale que 120 500 personnes ont été vaccinées par le BCG aux îles Fidji depuis le milieu de 1966 jusqu'en novembre 1967. Il est dit que ce nombre représente le 2,6 pour cent de la population.

Ce pourcentage devrait être de 26 parce que la population des îles Fidji s'élève à 0,5 million d'habitants et non pas à cinq millions. Il faut dire, pour expliquer ce chiffre élevé, qu'il y avait à l'époque un programme de lutte antituberculeuse très étendu et l'idée était de soumettre à un test tous les adultes des îles Fidji et d'administrer le vaccin BCG à tous les enfants d'âge scolaire et préscolaire ayant réagi négativement à la tuberculine.

En ce qui concerne la vaccination contre la variole, lors d'une récente réunion du Conseil sanitaire du Pacifique sud à Suva, la question des normes de quarantaine à appliquer aux îles du Pacifique sud a été examinée. On espère aboutir à une formule type de manière que les personnes puissent se déplacer d'une île à l'autre sans certificat de vaccination pour autant qu'elles restent quinze jours dans les îles.

Le DIRECTEUR REGIONAL remercie le Dr Gurd d'avoir signalé l'erreur qui figure dans le rapport.

Il prie ensuite le Dr Azurin de donner un résumé des derniers résultats du projet mixte d'étude du choléra.

Le Dr AZURIN précise que le programme d'étude du choléra a comporté de nombreuses activités au cours des quatre dernières années. Un rapport sur les constatations relatives à la période 1964-1966 a été publié dans une monographie il y a quatre ou cinq mois. Cependant, comme les études se poursuivent, d'autres résultats ont été obtenus au cours des deux dernières années.

En ce qui concerne les études de vaccin, le Dr Azurin pense que tout le monde a lu quelque article au sujet de l'efficacité respective de trois des vaccins qui ont été administrés à titre d'essai sur une population de 584 000 habitants dans une île des Philippines. Il s'agit là de l'étude comparée du vaccin asiatique, du vaccin El Tor et d'un vaccin à adjuvant d'huile, le témoin utilisé étant un vaccin antityphoïdique. Chacun de ces vaccins a été administrés à un groupe de 146 000 personnes. Un sondage aléatoire a été effectué par l'emploi de tables de nombres aléatoires et la méthode du double anonymat a été appliquée à cette fin. Les résultats de ces expériences ont montré que le vaccin classique ou

asiatique utilisé depuis de nombreuses décennies est efficace pendant environ deux mois ou offre une protection moyenne d'environ 55 pour cent pendant deux mois. Après le second mois on constate une détérioration rapide et l'efficacité du vaccin ne peut pas être admise.

En ce qui concerne le vaccin El Tor, une souche existant aux Philippines a été utilisée pour la composition du vaccin dans les laboratoires d'Alabang. Son efficacité a duré six mois ou a assuré une protection moyenne de 50 à 55 pour cent pendant une période de six mois.

Le vaccin adjuvant d'huile est le vaccin dont l'efficacité est nettement la meilleure car à l'expiration de six mois sa protection est encore de 60 pour cent. Cependant, en raison des réactions graves qui ont été constatées, son emploi ne peut pas être recommandé.

L'an dernier, une étude a été effectuée sur le dosage effectif, c'est-à-dire que l'on a recherché l'efficacité comparée d'une dose par rapport à deux et on a doublé le nombre de micro-organismes par millilitre. Il y avait donc quatre groupes. Dans un groupe de 90 000 personnes, huit milliards de micro-organismes par cc ont été administrés et, dans un autre, seize milliards de micro-organismes par cc; le troisième groupe a reçu deux doses de huit milliards par millilitre à deux ou trois semaines d'intervalle. A nouveau, le groupe témoin était un groupe typhoïdique. L'évaluation des trois doses n'a révélé aucune différence importante. L'efficacité d'une dose pendant une période de six mois a été de 54 pour cent ce qui confirme les premiers essais effectués en 1964 et 1965. Deux dosages ont eu une efficacité moyenne de 59 pour cent pendant une période de six mois. La dose contenant seize milliards par millilitre a assuré une protection de 61 pour cent pendant une période de six mois. Ces résultats seront publiés sous peu dans le Bulletin de l'OMS.

On estime que l'efficacité des vaccins anticholériques pourra être améliorée en portant le dosage à plus de huit milliards de micro-organismes. La dose recommandée ne sera donc pas inférieure à huit milliards. Pour les enfants appartenant aux groupes d'âge 0-4, 5-9 et au-dessus de neuf ans, le dosage doit être progressif. Cependant, aux enfants du groupe d'âge 0-4 ans ce système n'assure qu'une protection de 33 pour cent. Ce détail est important si l'on tient compte du fait que presque 55 pour cent des cas

sont signalés à l'heure actuelle parmi les enfants appartenant au groupe d'âge 0-9. On estime donc que les enfants ne sont pas suffisamment protégés. Si l'on administre aux enfants âgés de un à quatre ans une dose d'adulte, la protection qu'ils reçoivent sera similaire à celle d'un adulte pendant une période de six mois. Le groupe de recherche a donc recommandé au Service de la Santé des Philippines de modifier le dosage. A l'heure actuelle, dans les programmes de lutte anticholérique aux Philippines, la population prioritaire ou objectif a reçu une dose d'un millilitre quel que soit l'âge des personnes.

Une autre observation qui a été faite est la différence de réaction du point de vue immunité entre les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin. On a découvert que les personnes de sexe féminin sont mieux protégées et que leur immunité surpasse celle des personnes de sexe masculin d'une façon sensible. Ce phénomène ne trouve pas d'explications et doit faire l'objet d'études complémentaires.

Pour ce qui est des études cliniques, l'efficacité de la tétracycline et du chloramphénicol dans le traitement des personnes atteintes de choléra a déjà été confirmée. L'emploi du soluté physiologique normal additionné au bicarbonate de sodium n'a pas été aussi efficace que l'emploi de la solution Ringer lactée. On a constaté que le Ringer lacté était bien supérieur, notamment pour les plus jeunes groupes d'âge. Toutefois, le groupe chargé de la recherche n'est pas encore satisfait du taux de réduction de la mortalité et pense qu'il reste à faire encore de nombreuses recherches dans ce domaine.

Etudes collectives - Le mode de transmission de la maladie n'est pas encore bien clair. Des études collectives ont été organisées dans l'Ile de Negros aux fins de déterminer si la maladie est transmise par les individus, par les porteurs de germes, par la nourriture ou par l'eau. Il s'agit là d'une étude longitudinale. La méthode microtechnique est utilisée pour dépister les porteurs de germes. La piqûre d'épingle est également utilisée pour définir la mesure dans laquelle des personnes développent des anticorps pendant les périodes endémiques. Les personnes non vaccinées qui

accusent une hausse du titre sont considérées comme susceptibles de contaminer les autres ou comme porteurs de germes. Cette méthode est peut-être le moyen grâce auquel on pourra déterminer comment la maladie est transmise des porteurs de germes aux personnes infectées et des personnes infectées aux personnes non infectées. L'efficacité des mesures sanitaires, l'effet d'un approvisionnement en eau amélioré et l'installation de toilettes sont également des facteurs qui font l'objet d'une évaluation au sein d'une autre collectivité.

Porteurs-contacts - L'administration de deux grammes de chloramphénicol pendant trois jours à raison de quatre doses par jour (ou un total de six grammes en trois jours) rend les porteurs négatifs. Cette méthode est actuellement utilisée comme l'une des mesures de santé publique principales dans la lutte contre la transmission de la maladie.

Etudes cliniques - Des études sont effectuées en vue de déterminer l'efficacité des antibiotiques en ce qui concerne le vibrion, d'évaluer la détérioration de la capacité absorbative des intestins chez des personnes atteintes de choléra et de découvrir l'origine des liquides chez ces dernières. Toutes ces recherches ont été entreprises à l'hôpital San Lazaro. Le rôle du potassium dans ce genre de recherches n'est pas net et on est en train de le déterminer. Une étude a été également effectuée sur la résistance à la chaleur des vibrions. Des efforts sont actuellement déployés en vue de déterminer l'endroit où se localisent les vibrions dans l'intervalle qui sépare deux épidémies. En outre, des études ont été faites sur le type de la forme "L" du micro-organisme qui a été trouvé dans certains cas. La forme "L", comme chacun le sait, est la forme que le vibrion réussit à prendre pour passer à travers les membranes, perdre sa paroi cellulaire et devenir très petit. Dans un autre milieu, il peut à nouveau reprendre sa forme naturelle et devenir pathogène. En détectant chez certaines personnes des formes "L" pendant les périodes qui séparent deux épidémies, on a peut-être découvert le moyen de transmission d'une période endémique à une autre.

Le taux de mortalité des enfants étant supérieur à celui des adultes, on étudie une meilleure formule de thérapie liquide pour les enfants. L'état de choc présenté par certains des malades a donné l'idée au groupe chargé de la recherche que ce symptôme pouvait être associé à la fonction surrénale. On s'efforce donc de voir si les corticostéroïdes seront efficaces dans le traitement du choléra.

Le PRESIDENT remercie le Dr Azurin de son exposé fort clair.

Le Dr TAYLOR (Nouvelle-Zélande) se réfère à la section 2.2 : Quarantaine internationale. Il fait sienne la déclaration du Directeur régional : "La menace d'extension des maladies quaranténaires d'un pays à l'autre n'a pas diminué". Il appuie également les déclarations des représentants de l'Australie et du Royaume-Uni sur l'importance des mesures de quarantaine dans la Région. Il félicite le Directeur régional de l'esprit de prévoyance dont il a fait preuve en organisant un cours sur la quarantaine internationale à l'intention des inspecteurs de la quarantaine, qui se tiendra dans quatre endroits différents de la Région. Il note avec satisfaction que les pays limitrophes seront invités à y déléguer des participants. La dimension et le nombre des avions commerciaux qui ne cessent de s'accroître ajoutent aux problèmes de tous les territoires de la Région. Les inspecteurs de la quarantaine devront avoir une connaissance approfondie de leur tâche et de l'importance du problème non seulement dans leur propre pays mais aussi dans les pays limitrophes. Le Dr Taylor espère que les politiques et procédures adoptées seront uniformes dans toute la Région. Il est encourageant d'apprendre les travaux accomplis par le Conseil sanitaire du Pacifique sud; le Dr Taylor pense que l'on devrait s'efforcer d'obtenir l'uniformité dans ce domaine d'une extrémité à l'autre du monde. Il espère que, lorsque le cours se tiendra en 1970, le Bureau régional envisagera d'y faire participer non seulement les inspecteurs de la quarantaine mais aussi les planificateurs sanitaires de la Région qui sont chargés de formuler les politiques et les procédures que les inspecteurs de la quarantaine mettent en application. On pourra obtenir de nombreux résultats par des accords

entre pays. On pourra également étudier les problèmes de quarantaine régionaux lors des futures réunions du Comité régional.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare qu'il prend note des observations fort utiles du représentant de la Nouvelle-Zélande.

Le Dr DIZON (Philippines) dit que sa délégation note avec satisfaction que la nécessité et l'importance d'un service épidémiologique sont reconnues par le Bureau régional. Ce genre de service existe aux Philippines et l'OMS a contribué à la formation du personnel qui y est affecté. Cependant, il est nécessaire d'élargir et de renforcer ce service en raison du fait que le pays se compose de plusieurs îles et de plusieurs régions; un service épidémiologique national doit obtenir le soutien des services régionaux. C'est là un des domaines dans lesquels l'assistance de l'OMS sera utile, notamment en ce qui concerne la formation aux disciplines épidémiologiques et connexes.

Depuis 1954, la dengue-fièvre hémorragique sévit aux Philippines où elle subsiste à l'état endémique. Quatre poussées ont été signalées. A l'heure actuelle, des études sont effectuées sur les aspects cliniques et sur le vecteur; des recherches sérologiques sont en cours. L'OMS a prévu un consultant pour la lutte antivectorielle chargé d'aider aux travaux. Les recommandations faites par le consultant n'ont pas encore été mises en oeuvre faute de ressources suffisantes. Au cours d'une brève rencontre avec un autre expert de l'OMS, le Dr Halstead, le consultant de l'OMS a parlé de l'établissement de critères de normes pour le diagnostic. Les critères adoptés dans les différents pays de la Région varient beaucoup et on espère que des critères uniformes pourront être adoptés par tous les pays.

Le Dr Dizon appelle ensuite l'attention sur une nouvelle maladie parasitaire qui a été confirmée dans une région déterminée du nord de Luçon. Les études faites ont permis d'établir que cette maladie est due à une espèce de capillaires confirmés et identifiés par Chitwood comme étant des Capillaria philippinensis. Il existe environ 200 espèces connues, mais trois seulement ont été jusqu'à présent associées avec l'homme. Cette

espèce particulière semble affecter l'appareil intestinal. A titre provisoire on l'a dénommé capillariose intestinale. La maladie est localisée dans une région

et bien que pendant une période de deux ans on ait signalé un millier de cas, il n'y a aucun indice de propagation. Ce qui est intéressant, c'est de voir apparaître une nouvelle maladie et d'avoir à effectuer des recherches épidémiologiques pour découvrir comment elle se transmet. Après plus d'une année d'études, de nombreuses questions sont restées sans réponse. Le Dr Dizon tient à appeler l'attention de l'OMS une fois de plus sur l'importance d'une collaboration dans l'étude des nouvelles maladies. La délégation philippine a soumis cette question à l'attention de l'Assemblée mondiale de la Santé et l'a également examinée avec le Directeur des maladies transmissibles au Siège de l'OMS. La déclaration du Dr Dizon doit donc être considérée comme faisant suite à ses précédentes demandes d'études communes du problème.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que la recherche incombe au Siège de l'OMS. Le Directeur des maladies transmissibles avait l'intention de rester quelque temps à Manille mais il est malheureusement tombé malade et a dû retourner à Genève. On espère que sa visite pourra avoir lieu à une date ultérieure.

Le Dr THUAN (Viet-Nam) aborde les cas de peste signalés dans son pays. Au cours des deux dernières années on a observé que de nombreux cas signalés n'étaient que des cas suspects qui n'avaient pas été confirmés en laboratoire. A Saïgon, tous les cas ont été examinés en laboratoire et en 1967, 74 cas seulement sur 264 cas signalés ont été confirmés. Les premières manifestations ont été repérées parmi la population venant de régions où il n'y a pas de service de lutte contre la maladie et où il n'y a donc pas d'installations assurant le traitement des malades. Grâce à l'OMS et à l'assistance bilatérale, une campagne de lutte a été organisée dans des régions proches de la mer et de l'aéroport en vue d'empêcher la propagation de la maladie. Une action de lutte antivectorielle a également été entreprise.

Le Dr CHOW (Chine) déclare qu'à la suite de l'assistance dont a bénéficié le programme de lutte antituberculeuse, la mortalité à Taiwan est tombée brusquement de 285 pour mille en 1948 à moins de 135 pour mille en 1967. Il y a un an, le Directeur général et le Directeur régional avaient insisté sur le fait que le Gouvernement ne doit pas méconnaître les aspects socio-économiques de la morbidité dans la planification sanitaire. Le programme de la tuberculose demande qu'on insiste sans cesse sur son importance non seulement à cause du taux de mortalité mais aussi en raison du fait que cette maladie diminue la productivité de la population active, ce qui se traduit par une perte économique pour le pays. Pour cette raison, l'OMS doit non seulement continuer mais aussi renforcer l'assistance qu'elle fournit dans ce domaine, en s'attachant tout particulièrement à la formation. Le Dr Chow mentionne ensuite le fait que l'ascaridiase et l'ankylostome figurent en mauvaise place dans l'ordre des priorités parce que l'on a donné à entendre que la lutte contre ces maladies nécessitait une amélioration de l'hygiène du milieu. Un changement radical de l'hygiène du milieu n'a pas pu être réalisé en peu de temps et il conviendrait de faire quelque chose pour alléger la situation. Avec le concours et la collaboration du Siège de l'OMS et de l'Ecole de Médecine Kaohsiung, une étude épidémiologique de lutte contre l'ascaridiase par un traitement systématique a été effectuée. L'étude, bien que restreinte, a montré qu'un traitement périodique de l'ankylostome diminue l'intensité d'infection et ramène ainsi au minimum les risques de réinfection. L'OMS a été priée de détacher un consultant chargé d'entreprendre un projet pilote de lutte contre l'ascaridiase, mais ce programme n'a pas reçu l'assistance technique nécessaire. On espère que la question sera réexaminée et qu'un programme pilote sous une forme ou sous une autre pourra être mis en oeuvre avec l'assistance et sous la direction de l'OMS.

Section 4 : Pharmacologie et toxicologie (page 34)

M. WATANABE (Japon) déclare que sa délégation note avec satisfaction la proposition visant à organiser un séminaire sur le contrôle de la qualité des substances pharmaceutiques en 1969. Il espère qu'il sera donnée suite à cette proposition d'autant plus qu'il s'agit du premier séminaire de ce genre dans la Région.

Section 5.4 : Laboratoires de Santé publique (page 43)

Le Dr SUMPAICO (Philippines) souligne l'importance d'un laboratoire de santé publique dans tout programme sanitaire national, surtout dans un pays en voie de développement comme les Philippines où les problèmes de santé publique sont essentiellement stationnaires en ce qui concerne les maladies transmissibles.

Avant la guerre, les laboratoires de santé publique des Philippines se composaient principalement du service de laboratoire de l'Hôpital San Lazaro, qui coopère avec la division épidémiologique du bureau de la santé, quelques laboratoires de santé publique provinciaux et les laboratoires de production biologique d'Alabang. Au cours des recherches sur les poussées de maladies transmissibles, un laboratoire itinérant doté d'une seule personne a aidé les épidémiologistes philippins dans leurs travaux. Après la guerre, les laboratoires de santé publique, secondés par l'OMS, le FISE et les Etats-Unis d'Amérique, ont fait d'énormes progrès. A l'heure actuelle, on compte 81 petits laboratoires municipaux rattachés aux services de santé rurale, 109 laboratoires provinciaux et urbains, 8 laboratoires régionaux, plusieurs laboratoires spécialisés et un laboratoire à l'échelon national. Ce système de laboratoires de santé publique a été érigé en un système de laboratoires national en application de l'ordonnance administrative N° 125-A publiée par le Ministre de la Santé en septembre 1963.

L'assistance de l'OMS et du FISE a été jusqu'à présent axée sur le renforcement des laboratoires nationaux et régionaux. On espère qu'une assistance complémentaire pourra être accordée en vue d'élargir ces services à l'échelon provincial et municipal.

La production biologique a également retenu toute l'attention. Le laboratoire d'Alabang a pu se hausser à son niveau actuel, grâce à l'assistance efficace des institutions mentionnées plus haut. La production de vaccin BCG a commencé en 1950 et des vaccins sont actuellement fournis en faveur de programmes appliqués aussi bien aux Philippines que dans les pays voisins. On produit également l'antigène triple DCT et le vaccin antivariolique lyophilisé. On espère que, grâce à un accroissement des fonds, du personnel et de l'équipement, ce laboratoire satisfera aux besoins sur le terrain pour lutter contre les maladies que l'on peut prévenir par immunisation.

Section 5.1 : Planification sanitaire nationale (pages 34-37)

Le Dr CHOW (Chine) informe le Comité qu'en 1964 le Service de Santé provincial de Taïwan a élaboré un plan sanitaire décennal pour Taïwan. Quatre ans se sont écoulés depuis et le Dr Chow estime qu'il y a lieu de passer en revue les travaux accomplis de manière que le plan puisse être révisé, conformément aux changements survenus. Le Dr Chow demande s'il sera possible pour le Bureau régional de détacher un expert chargé d'aider à procéder à l'évaluation de ce qui a été réalisé et à faire les révisions qui s'imposent.

Le DIRECTEUR REGIONAL dit que le projet de programme et de budget pour 1969 prévoit un conseiller inter-pays qui aidera les gouvernements dans tous les aspects de la planification sanitaire nationale.

Section 5.6 : Education sanitaire (pages 50-53)

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) se réfère à la page 50 du rapport où il est fait mention de la création par l'Université de Tokyo d'une école des sciences sanitaires. Il note également que l'OMS a fourni une assistance à l'Ecole de Physiothérapie de Chine (Taïwan). Les Etats-Unis d'Amérique se sont heurtés aux difficultés que pose la formation du personnel sanitaire professionnel dans les domaines sanitaires connexes. Des programmes sont mis au point de sorte qu'une personne qui

a bénéficié d'une formation en physiothérapie dans une école publique et suivi deux ans de préparation pourra passer, si elle le désire, au niveau du certificat de fin d'études et de la maîtrise. Il est important de mettre au point des programmes qui ne restreindront pas la possibilité des personnes travaillant dans les domaines sanitaires connexes d'accéder à un niveau supérieur. Dans le passé, un trop grand nombre d'écoles avaient un programme d'études qui ne prévoyait pas cette possibilité. Le Dr Lee espère que ce problème sera évité en Chine (Taiwan) et au Japon.

Section 8.1 : Enseignement médical (pages 68-69)

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) constate que la République de Corée prévoit deux nouvelles écoles de médecine et qu'une troisième va s'ouvrir en 1970. Il demande si l'aide de l'OMS a été requise pour la mise sur pied de ces écoles.

Le DIRECTEUR REGIONAL précise qu'aucune demande n'a été reçue jusqu'à présent. Il donne ce détail à titre d'information du Comité seulement.

Partie III, section 1 : Presses et publications (pages 91-92)

M. WATANABE (Japon) signale que des difficultés surgissent du fait que les renseignements sur le thème pour la Journée mondiale de la Santé et les "trousses" de revues "Santé du Monde" arrivent souvent avec un certain retard. Il serait utile que les gouvernements puissent recevoir ces éléments d'information deux mois avant la célébration de la journée car la documentation doit être traduite en japonais. En outre, il a fallu, dans certaines circonstances, modifier le sujet de manière à l'adapter aux besoins de la population japonaise puisque le but de la Journée mondiale de la Santé n'est pas seulement d'appeler l'attention sur les travaux de l'Organisation mais aussi, et dans une mesure égale, sur les travaux de l'administration de la santé. En une certaine occasion, le thème choisi avait été "le paludisme". Comme ce problème ne se pose pas au Japon, on avait remplacé ce thème par l'élimination des moustiques et des mouches.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que les éléments d'information de base sont publiés par le Siège de l'OMS et doivent être envoyés par surface terrestre pour des raisons d'économie.

Le Dr TAYLOR (Nouvelle-Zélande) dit qu'il y a quelques années, les gouvernements membres se donnaient beaucoup moins de mal pour la Journée mondiale de la Santé et que la plupart de la documentation qui leur était adressée était classée et oubliée. L'OMS a une section de l'éducation sanitaire efficace à Genève, qui a contribué à la coordination de l'éducation sanitaire dans le monde grâce, pour une bonne part, à ses efforts de coordination. Le Dr Taylor pense qu'un très gros travail a été accompli dans cette Région. On en est certainement arrivé au stade où le thème est annoncé suffisamment à temps et où les pays sont capables de dresser un plan, mais les éducateurs sanitaires qui veulent travailler de cette façon aimeraient planifier sur la base des documents publiés par le Siège. Le Dr Taylor se demande donc si le moment n'est pas venu de planifier deux ans à l'avance la Journée mondiale de la Santé. De cette manière, la documentation pourra être distribuée à travers le monde entier par surface terrestre et arriver quand même à temps.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare qu'il a pris note des recommandations du représentant du Japon et des observations du représentant de la Nouvelle-Zélande. Il est difficile de trouver un thème qui intéresse tous les pays du monde, encore qu'il ait pensé que le paludisme ne manquerait pas d'intéresser le Japon. C'est un des pays les plus riches du monde qui peut donc appuyer la campagne antipaludique mondiale en faisant une contribution au compte spécial pour l'éradication du paludisme.

Comme le souligne le Directeur régional, les frais de transport augmentent et l'OMS a pour politique bien arrêtée d'envoyer autant de documents que possible par voie maritime plutôt que par voie aérienne. Cependant il réexaminera la question, sachant que si les documents arrivent en retard, ils ne servent peut-être plus le but auquel ils étaient destinés.

Le thème choisi pour l'année prochaine se rapporte à la santé du travail en l'honneur du quinzième anniversaire de l'OIT avec laquelle l'Organisation travaille étroitement dans ce domaine.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare qu'il a pris note des diverses remarques concernant le rapport et, avant de clore la discussion, il tient à remercier les représentants des aimables paroles qu'ils ont prononcées au sujet de l'élaboration et de la présentation du rapport annuel.

Le PRESIDENT déclare close la discussion sur le rapport et demande aux deux rapporteurs de rédiger un projet de résolution approprié. (Pour l'examen du projet de résolution, voir le procès-verbal de la sixième séance, section 2.1).

2. RESOLUTIONS D'INTERET REGIONAL ADOPTEES PAR LA VINGT ET UNIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE ET PAR LA QUARANTE-DEUXIEME SESSION DU CONSEIL EXECUTIF : point 12 de l'ordre du jour (document WPR/RC19/4)

En présentant ce point le DIRECTEUR REGIONAL précise qu'une note succincte a été ajoutée au sujet des résolutions suivantes, car on a estimé qu'il fallait expressément attirer l'attention du Comité sur certains paragraphes du dispositif :

- 1) Formation des cadres nationaux dans le domaine de la santé (WHA21.20)
- 2) Programme d'éradication de la variole (WHA21.21)
- 3) Programme d'éradication du paludisme (WHA21.22)
- 4) Programme d'approvisionnement public en eau (WHA21.36)
- 5) Rapport sur les réunions des comités d'experts (EB42.R12)

Les résolutions WHA21.32 et WHA21.49 qui portent sur la planification à long terme et l'évaluation seront examinées en même temps qu'un document relatif à la programmation biennale, au titre du point 15 de l'ordre du jour.

Le Dr TENG (Royaume-Uni) constate que la résolution WHA21.23 sur les problèmes de santé intéressant les gens de mer et les services sanitaires mis à leur disposition n'a pas fait partie des points à l'étude. La délégation du Royaume-Uni est d'avis que la création de certains centres sanitaires en tant que centres pilotes ne doit pas être obligatoire mais qu'il faut laisser aux autorités nationales le soin de mettre sur pied ces centres médicaux de la façon qu'ils jugent appropriée.

Formation des cadres nationaux dans le domaine de la santé
(Résolution WHA21.20)

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) se réfère à la résolution WHA21.20, mentionnée ci-dessus et demande de quelle manière le Comité pourra mettre en oeuvre les paragraphes un et deux c) du dispositif. Le paragraphe 2 c) du dispositif appelle l'attention des comités régionaux sur le fait qu'en 1969 il seront priés d'entreprendre une analyse des problèmes de formation de personnel professionnel et auxiliaire dans toutes les branches intéressant la santé. Il se demande si le Directeur régional va examiner ce point avec le Comité.

Le DIRECTEUR GENERAL informe le Comité que la résolution réclame une série de mesures. Elle contient une recommandation aux termes de laquelle le Directeur général est prié notamment de continuer à accorder une priorité élevée aux programmes d'aide aux Etats Membres pour la formation de personnel professionnel et auxiliaire dans toutes les branches intéressant la santé, de continuer à collaborer avec l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées à la formation et à l'utilisation des ressources humaines et de prendre des dispositions pour que le Conseil exécutif puisse procéder, lors de sa quarante-cinquième session, à une évaluation générale de l'expérience accumulée en cette matière par l'Organisation mondiale de la Santé, compte tenu des conclusions formulées par les Comités régionaux. Ces questions font partie d'un programme à long terme qui a démarré au niveau du Comité régional, puis s'est poursuivi à celui du Conseil exécutif et ensuite à celui de l'Assemblée.

Certaines documentations de base seront fournies pour faciliter la discussion au sein du Comité régional de l'année prochaine. Cette documentation sera adaptée aux circonstances de chaque région. On espère que, de cette façon, le Comité régional sera en mesure de fournir des précisions au Conseil exécutif et à l'Assemblée.

Le Dr LEE (Etats-Unis d'Amérique) prie le Directeur régional, lorsqu'il préparera les discussions de 1969, d'accorder son attention à l'organisation et à la structure de l'administration sanitaire. On oublie parfois que la planification, l'organisation, la direction et la mise en oeuvre de la formation de ce personnel doivent faire partie de cette structure.

3. ETABLISSEMENT D'UNE ECOLE DE MEDECINE DE L'OMS DANS LA REGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL : SUITE DONNEE A LA RESOLUTION WPR/RC18.R7 ADOPTEE PAR LE COMITE LORS DE SA DIX-HUITIEME SESSION : point 13 de l'ordre du jour (document WPR/RC19/5)

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que le Comité lui avait demandé l'an dernier de soumettre un rapport sur l'enseignement médical dans la Région et sur le type d'assistance accordée par l'OMS. Le document présenté au Comité fournit ces renseignements. Les données ne sont pas complètes et même en ce moment le Secrétariat apporte encore des corrections à ce travail car on a jugé nécessaire de réclamer de plus amples informations de certains gouvernements. Malgré ces lacunes, on estime que les statistiques présentées seront suffisantes pour servir de base à la discussion et à l'examen général des établissements d'enseignement médical disponibles dans la Région.

Le Directeur régional appelle ensuite l'attention du Comité sur l'annexe 3 qui contient les observations de certains gouvernements sur l'établissement d'une école de médecine OMS dans la Région du Pacifique occidental. L'impression générale semble être que le renforcement des écoles de médecine nationales serait préférable à la création d'une école OMS.

M. ETI (Samoa-Occidental) déclare que la majeure partie du personnel médical et paramédical au Samoa-Occidental est formée à l'Ecole de Médecine des îles Fidji qui est dirigée par le Conseil sanitaire du Pacifique sud. Les médecins reçoivent également une formation à l'Université d'Otago ainsi que probablement en Australie. Il estime que le moment n'est pas venu de créer une autre école de médecine centrale dans la Région en raison du fait que presque tous les membres de la Région ont avantage à fréquenter les centres de formation médicale existants.

Le Dr DIN (Malaisie) félicite le Bureau régional du document très précieux qui indique les pénuries, les excédents d'effectifs et les situations normales que l'on relève dans la Région du Pacifique occidental. Il aimerait savoir s'il est possible d'obtenir une assistance d'organismes autres que l'OMS. Il se réfère au paragraphe 2 b) du dispositif de la résolution WHA21.20 qui prie le Directeur général : "de continuer à collaborer avec l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées à la formation et à l'utilisation des ressources humaines" et demande au Directeur général de les éclairer sur la possibilité d'obtenir un appui de l'Organisation des Nations Unies. Une organisation au Japon a essayé de mettre sur pied une école en faisant appel aux efforts communs de divers pays. Le représentant du Japon pourra peut-être nous donner quelques éclaircissements sur ce point.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare que la seule source d'assistance à l'Organisation des Nations Unies est, à l'heure actuelle, le Fonds spécial qui a aidé à financer une école d'infirmières au Niger ainsi que des écoles de formation des cadres moyens. A la prochaine séance du Conseil d'Administration du Fonds spécial, une proposition tendant à mettre sur pied une école à l'intention du personnel sanitaire professionnel au Cameroun sera examinée. Il s'agit là du genre d'école qu'il a mentionné à la séance précédente et qui est destinée à former des médecins, des dentistes, des pharmaciens, des infirmières, etc., dans un même cadre commun, au lieu d'avoir une école pour chacune de ces branches, ce que le Cameroun ne

pourrait pas s'offrir. Le Fonds spécial s'intéresse à la proposition. Le Gouvernement a reçu une aide en vue de l'élaboration de la requête. Cet établissement sera la première école de formation d'un personnel sanitaire de niveau professionnel à être approuvée par le Fonds spécial. C'est là la seule réalisation que nous ayons à citer pour l'année dernière.

M. WATANABE (Japon) déclare que la situation au Japon a changé depuis que son gouvernement a envoyé ses observations au Directeur régional. Après discussion du problème avec certains groupes, on a constaté que la création d'une école de médecine implique la reconnaissance d'une équivalence internationale des diplômes et des dépenses très élevées. Ce point a été souligné par le Directeur général au cours de la dernière séance du Comité.

Au lieu de créer une école de médecine on estime qu'il vaudra mieux mettre sur pied au Japon une sorte d'hôpital international où l'on pourra accueillir les cas difficiles de la région ou du Sud-est asiatique. Dans cet hôpital on préverra également des moyens de formation tant pour le personnel médical que pour le personnel paramédical. Le Gouvernement japonais ne peut pas cependant s'engager au sujet de ce plan à ce stade.

En l'absence d'observations sur ce point, le PRESIDENT demande aux rapporteurs de rédiger un projet de résolution sur la question. (Pour l'examen du projet de résolution, voir le procès-verbal de la sixième séance, section 2.2).

La séance est levée à 17 heures