



CONSEIL EXECUTIF

Soixante-troisième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA DIXIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Mardi 16 janvier 1979, à 9 heures

PRESIDENT : Professeur J. J. A. REID

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Projet de budget programme pour la période biennale 1980-1981 (suite)	
Surveillance de l'application de la politique et de la stratégie en matière de budget programme (rapport du Comité du Programme du Conseil exécutif) (suite)	
Examen du programme (suite)	
Santé de la famille (suite)	3
Nutrition	3
Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	6
Education pour la santé	8
Développement des services de santé (suite)	
Soins de santé primaires (suite)	11
Santé mentale	13

Note : Le présent procès-verbal est un document provisoire, les comptes rendus des interventions n'ayant pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci. Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent être remises par écrit, dans les 48 heures, à l'Administrateur du service des Conférences affecté au Conseil. Elles peuvent aussi être envoyées au Chef du Bureau des Publications (Bureau 4012, Siège de l'OMS).

MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

(Pour la liste des membres et autres participants à la soixante-troisième session,
voir le document spécial diffusé le 10 janvier 1979.)

DIXIEME SEANCE

Mardi 16 janvier 1979, à 9 heures

Président : Professeur J. J. A. REID

1. PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR LA PERIODE BIENNALE 1980-1981 : Point 12 de l'ordre du jour (résolutions WHA31.23 et EB61.R18; Actes officiels Nos 244, annexe 5, et 250) (suite)

SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE ET DE LA STRATEGIE EN MATIERE DE BUDGET PROGRAMME (RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME DU CONSEIL EXECUTIF) : Point 9 de l'ordre du jour (résolutions WHA31.31 et EB61.R6; Actes officiels N° 245, chapitre I, paragraphe 38; documents EB63/7 et EB63/INF.DOC./2) (suite)

EXAMEN DU PROGRAMME : Point 12.2 de l'ordre du jour (suite)

DEVELOPPEMENT DE SERVICES DE SANTE COMPLETS (section 3 de la résolution portant ouverture de crédits, pages 119 à 169 des Actes officiels N° 250)

Santé de la famille (grand programme 3.2) (suite)

Nutrition (programme 3.2.2)

Le Dr BAJAJ demande que la carence en fluor, importante cause de carie dentaire, soit incluse dans le programme.

Le PRESIDENT est d'avis qu'elle serait mieux à sa place dans le programme de santé bucco-dentaire.

Le Dr YACoub (suppléant du Dr Fakhro) souligne l'importance d'une bonne alimentation pendant les premières années de la vie et demande que le Siège et les bureaux régionaux de l'OMS mettent à la disposition des médecins et du grand public des manuels sur la nutrition.

Le Dr KASONDE fait remarquer que le document quelque peu pessimiste soumis au Conseil ne fait nullement mention de la suralimentation et indique par là que le problème est celui d'une carence alimentaire. Peut-être l'Organisation a-t-elle commis une erreur stratégique en mettant l'accent sur la nutrition de l'enfant plutôt que sur la nutrition en général. Pouvoir nourrir l'humanité tout entière ne dépend pas tellement du budget de l'OMS que des budgets de plusieurs autres organisations, de sorte que, quel que soit le montant consacré à la nutrition dans le budget de l'OMS, il ne représente qu'une contribution faible et probablement insignifiante à la solution du problème d'ensemble de la nutrition.

Le Dr ABDULHADI estime que le rôle essentiel de l'OMS en matière de nutrition devrait être d'établir des directives générales indiquant aux autorités sanitaires de chaque Etat Membre les tâches à accomplir, en faisant prendre conscience des problèmes nutritionnels et de leurs effets sur la santé publique en général et sur la productivité des autres secteurs de chaque communauté. Ce sont les ministères de la santé qui devraient commencer à recenser ces problèmes dans la société et l'OMS devrait établir des directives pour les assister.

La prise de conscience des problèmes nutritionnels est un élément important du programme de nutrition. De nombreuses maladies sont dues à la malnutrition, moins par manque d'aliments que par ignorance des principes de la nutrition. Le programme devrait se concentrer sur cet aspect et donner la priorité à une formation appropriée des personnels de santé afin d'assurer l'utilisation optimale des denrées alimentaires.

Le PRESIDENT fait remarquer qu'il faudrait déterminer comment la connaissance médicale de ce qui est nutritionnellement correct et incorrect devrait être transmise aux autorités. A cette fin, la création d'un comité spécial composé de personnel médical, de nutritionnistes et de représentants des ministères de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation, de même que

de représentants d'organismes de recherche est souvent appropriée. Il se peut en outre que des problèmes fiscaux se posent, étant donné que les différents types d'aliments ne sont pas assujettis aux mêmes taxes. Certes, chaque Etat Membre devrait trouver sa propre solution en utilisant sa propre expérience. En Ecosse, des mesures ont déjà été prises en ce sens.

Le Dr IARI fait remarquer que, dans de nombreux pays en développement, entre 25 % et 30 % des céréales et des autres denrées périssables, y compris les fruits, se perdent. La conservation des aliments est depuis des siècles un sujet de préoccupation. Grâce aux conditions atmosphériques des Andes, de nombreux Indiens sèchent une certaine céréale et la conservent depuis très longtemps. Cette expérience a apparemment été très précieuse. Une partie des ressources de l'OMS devrait être consacrée à étudier la question en collaboration avec d'autres institutions comme la FAO et l'ONUDI, de même qu'avec l'industrie alimentaire, ce qui permettrait de sauver une partie des denrées perdues.

Le Dr SUAZO dit que la remarque du Dr Lari concernant la conservation des denrées est très intéressante. Comme le Conseil le sait probablement, les bananes séchées sont également très utilisées. Les problèmes de la nutrition doivent être abordés par le biais de l'éducation si l'on veut parvenir à de bons résultats. Le lien étroit qui existe entre l'hygiène du milieu et les problèmes de nutrition devrait également être considéré.

La coopération technique entre pays en développement a un rôle important à jouer dans la résolution du problème de la nutrition; l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et Panama (INCAP), qui connaît une grande réussite, en est un bon exemple. Les programmes de lutte contre le goitre endémique et l'avitaminose A peuvent être cités en exemple et grâce à eux la population tout entière de la région a maintenant des niveaux normaux de vitamine A. Une nouvelle forme de fer est sur le point d'être incorporée dans le sucre; elle n'altérera pas les caractéristiques organoleptiques (couleur, goût) du sucre et contribuera à la lutte contre les anémies nutritionnelles.

Des usines sont en cours de construction en vue de la production de "Maisoy" - mélange de maïs et de soja, fabriqué à partir du premier produit mis au point par l'INCAP et appelé "Incaparina" qui n'a pas pris au Honduras à cause d'une campagne d'information et de promotion insuffisante. Les membres du Conseil sont invités à se mettre en rapport avec l'Institut.

Le Professeur SPIES regrette qu'il ne soit question nulle part des problèmes posés par la mise au point de nouvelles bases nutritionnelles, comme les nouvelles sources de protéines utilisées dans les aliments destinés au bétail, dont l'acceptabilité pourrait requérir des recherches ultérieures. Il faut décider si ces aspects devraient être inclus dans le programme à l'examen ou dans le programme de la salubrité de l'environnement.

Le Dr SENILAGAKALI dit que dans sa région la malnutrition est due non pas à un manque d'aliments mais à l'ignorance. L'OMS devrait s'attaquer au problème du point de vue de l'éducation sanitaire et devrait aider les Etats Membres à se doter des moyens nécessaires pour cette éducation. Les populations devraient être informées des ressources disponibles et devraient les utiliser de façon que les nourrissons reçoivent une alimentation correcte, notamment pendant la période de sevrage. Un des problèmes vient du manque d'experts en nutrition au niveau de la coordination du programme de l'OMS.

Le tableau de la page 148 des Actes officiels N° 250 montre que les crédits affectés à la Région des Amériques sont beaucoup plus importants que ceux affectés aux autres Régions et qu'ils viennent pour l'essentiel d'autres sources que le budget ordinaire. Peut-être le Secrétariat souhaitera-t-il faire des commentaires sur ce point.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA se demande s'il faudrait spécialement mentionner le Programme alimentaire mondial.

Le Dr AUNG THAN BATU dit que le programme de nutrition est extrêmement important et le restera dans un avenir prévisible. Il est vital que le programme ne perde pas de son élan, comme cela a tendance à être le cas quand des programmes se poursuivent pendant de longues périodes. Le Dr Aung Than Batu se félicite de la nouvelle stratégie exposée à la page 147, qui met l'accent sur la grosseur et les trois premières années de la vie qui sont critiques. Il se félicite également du soutien approprié apporté sous la forme d'une recherche sur le terrain visant à résoudre les problèmes et à mettre au point et éprouver une nouvelle technologie.

Le Dr BEHAR (Nutrition) confirme qu'au niveau mondial le manque de produits alimentaires n'est pas une cause de malnutrition, puisque les quantités actuellement disponibles par habitant sont suffisantes pour faire face aux besoins nutritionnels de toute la population. Cela est certainement vrai dans la plupart des pays, y compris ceux où la malnutrition atteint des proportions importantes. Il y a même des pays où les gens souffrent de malnutrition alors qu'il y a un excédent de produits alimentaires sur le marché. Dans la plupart des pays, la cause de la pénurie d'aliments est l'absence de demande effective. Il y a certes des exceptions - des pays comme le Bangladesh et ceux de la région du Sahel - où la pénurie de produits alimentaires a des causes climatiques, mais ces pays mis à part, la pénurie d'aliments n'est pas le facteur principal de la malnutrition.

De toute manière, en ce qui concerne le petit enfant jusqu'à l'âge de trois ans, la quantité d'aliments dont il a besoin est négligeable par rapport aux besoins de la population totale, et les ressources dont disposent actuellement la plupart des familles sont suffisantes à cet égard. C'est la raison pour laquelle le programme proposé met l'accent sur la période de l'alimentation au sein et du sevrage. Les études entreprises, il y a quelques années, dans le cadre des programmes de santé maternelle et infantile et de nutrition, confirment que dans de nombreux pays la tendance est à l'instauration d'une alimentation artificielle dangereuse et de pratiques de sevrage inappropriées, ne faisant pas appel aux produits disponibles localement, qui peuvent pourtant être utilisés plus avantageusement que des produits importés coûteux et ne présentant aucune supériorité du point de vue nutritionnel. Cela étant, l'OMS se prépare, en liaison avec le FISE, à organiser une réunion internationale qui examinera toute la question de l'alimentation infantile et analysera en profondeur les problèmes en jeu, en vue de déterminer les décisions que les gouvernements devraient prendre à cet égard et la contribution que les organisations internationales peuvent apporter à l'amélioration de l'alimentation infantile.

Le secteur sanitaire est directement responsable de l'éducation, qu'il assurera surtout par le biais des soins de santé primaires. La stratégie actuelle des soins de santé primaires offre une occasion exceptionnelle d'action directe au niveau de la communauté. Il est donc nécessaire de disposer d'une technologie appropriée pour mener une action d'éducation communautaire dans le cadre des soins de santé primaires.

Le secteur sanitaire a le devoir d'indiquer la nature du problème à d'autres secteurs et de les conseiller sur ce qu'ils doivent faire. Il est important qu'il spécifie le type d'alimentation le mieux approprié à une population donnée, en vue d'orienter la production agricole vers les catégories de denrées alimentaires indiquées : dans de nombreux pays, malheureusement, la production alimentaire n'est pas axée sur les besoins nutritionnels de la population. En conséquence, le secteur sanitaire a un rôle important à jouer en établissant une politique multisectorielle qui attaquera le problème à la racine. L'OMS coopère avec d'autres organismes internationaux à l'établissement d'une telle politique, mais d'ores et déjà le secteur sanitaire peut certainement obtenir des résultats en faisant porter l'effort sur le petit enfant et en mettant les connaissances dont on dispose actuellement au service d'une meilleure utilisation des ressources locales. C'est là le thème du programme de recherche opérationnelle évoqué par le Dr Aung Than Batu, qui a déjà été analysé par le Comité consultatif de la Recherche médicale, lequel a désigné un sous-comité. Celui-ci doit se réunir au début de février 1979 pour réfléchir au projet, qui sera ensuite discuté et définitivement mis au point dans les régions, de manière à pouvoir être exécuté dans les pays.

Il a été fait allusion au problème des pertes alimentaires dues aux mauvaises conditions de conservation. L'OMS aborde naturellement la question avec d'autres organismes, mais considère qu'elle est essentiellement du ressort de la FAO. Toutefois, dans le programme d'alimentation infantile proposé, un crédit sera prévu pour la conservation des aliments au niveau de la communauté et des ménages.

Il existe effectivement une relation entre la nutrition et les facteurs environnementaux qui explique la coopération étroite entre le programme de nutrition et celui de la lutte contre les diarrhées, par exemple. De nombreux problèmes nutritionnels ne sont pas dus exclusivement à une alimentation inappropriée; ils tiennent aussi à la mauvaise utilisation des aliments et aux pertes excessives de nutriments par diarrhée et maladies parasitaires, chez les petits enfants surtout.

Il y a aussi collaboration étroite entre le programme de nutrition de l'OMS et le Programme alimentaire mondial, qui fournit des ressources pour répondre aux besoins immédiats. L'OMS de son côté a un objectif à plus long terme qui est de mettre les pays en mesure de résoudre leurs problèmes avec leurs propres ressources sans avoir à recourir aux aliments importés de l'étranger. Dans l'intervalle, l'aide fournie par le Programme alimentaire mondial est utile.

De nouvelles sources de protéines ont été évoquées par le Professeur Spies. Naturellement, la question de leur utilisation pour l'alimentation du bétail n'est pas de la compétence de l'OMS et relève davantage de la FAO. En ce qui concerne les produits destinés à la consommation humaine, l'Organisation coopère avec les pays s'intéressant à la production de nouvelles sources alimentaires pour les enfants.

Le Dr Suazo a fait référence aux programmes de l'Amérique centrale. Des programmes semblables sont en cours dans différentes régions du monde pour promouvoir l'utilisation des ressources locales sous forme de mélanges peu coûteux et d'une haute valeur nutritionnelle.

Pour finir, le problème du fluor et des caries dentaires relève naturellement de l'hygiène bucco-dentaire et se trouve étroitement lié au programme de nutrition.

Le Dr ACUÑA (Directeur régional pour les Amériques) explique que la majeure partie des fonds destinés à la nutrition dans la Région des Amériques sont des fonds extrabudgétaires alloués à l'Institut de Nutrition pour l'Amérique centrale et le Panama (INCAP) et à l'Institut des Aliments et de la Nutrition des Caraïbes (CFNI). Ces fonds viennent essentiellement de fondations privées.

Le DIRECTEUR GENERAL déclare qu'on a peu de chances de voir s'instaurer la santé pour tous en l'an 2000 s'il ne se produit pas un changement radical dans le domaine de la nutrition. Très souvent, les ministères de la santé ne sont pas au fait des questions concernant la production alimentaire, notamment en ce qui concerne les éléments essentiels à la nutrition. Il y a cependant des exceptions remarquables; c'est le cas par exemple d'un pays qu'il a visité, où un ministre de la santé courageux a assumé avec succès la responsabilité du développement total de certaines régions écartées. Le ministre a fait valoir aux habitants les avantages qu'ils avaient à faire des cultures de rapport, sans pour autant négliger la nécessité de maintenir un équilibre entre ces cultures et les cultures vivrières. Il leur a dit qu'ils n'auraient pas d'approvisionnement en eau pour l'irrigation ou la boisson, qu'on ne les aiderait pas à améliorer leurs conditions de logement, s'ils ne s'engageaient pas à nourrir leurs enfants correctement. En quelques années, le tableau nutritionnel de ces régions a radicalement changé et leur croissance économique s'est améliorée. Malheureusement, la plupart des ministres de la santé prônent sans conviction ce type d'approche multisectorielle, ne comprenant pas les principes fondamentaux de la productivité agricole.

Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (programme 3.2.3)

Le PRESIDENT rappelle au Conseil qu'au cours de la discussion approfondie du point à la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé, l'Assemblée a instamment prié le Directeur général d'intensifier la recherche sur les services de santé en matière de reproduction humaine de manière à faciliter l'intégration complète de la régulation de la fécondité dans les soins de santé primaires des pays en cause et de poursuivre ses efforts pour s'assurer le concours de l'industrie pharmaceutique.

Le Professeur SPIES, notant que le programme 3.2.3 est financé presque entièrement par des fonds extrabudgétaires, se demande ce qu'il va en advenir. Par ailleurs, le Secrétariat souhaitera peut-être faire des commentaires sur les deux premiers bébés éprouvette conçus en Europe.

Le Dr BAJAJ accueille avec satisfaction la création des centres collaborateurs, dont la plupart doivent être situés dans des pays en développement. Il note que les méthodes classiques de contraception ayant échoué, il faut recourir à des méthodes de remplacement telles que la tubectomie ou la vasectomie. Or, certains hommes vasectomisés se plaignent d'impuissance. Il faut faire des recherches pour vérifier si la vasectomie produit certains effets sur la formation de la testostérone chez l'homme ou si l'impuissance consécutive à l'intervention est psychologique.

Le Dr KOURI (suppléant du Dr Galego Pimentel) approuve la présentation intégrée du programme, qui couvre à la fois la planification familiale et la stérilité. Il signale que son pays a reçu une aide de l'Organisation pour améliorer la formation de techniciens en leur donnant accès à la littérature et aux méthodes modernes et en leur fournissant l'occasion de participer à trois comités d'experts. Pour un pays ayant des ressources limitées, mais un service national de santé planifié, c'est une expérience enrichissante que d'avoir un centre collaborateur qui participe à un nouveau projet de recherche auquel travaillent 38 personnes.

Le Dr SEBINA se réjouit de voir que l'importance de la recherche sur les contraceptifs dans les pays en développement est maintenant reconnue comme il se doit. Auparavant, l'essentiel de ces travaux s'effectuait dans les pays développés et les résultats étaient largement appliqués dans les pays en développement, où les conditions sanitaires ne sont pas les mêmes. Au sein du Comité du Programme, il a été demandé dans quels délais le programme pourrait offrir aux pays en développement d'autres méthodes de contraception simples et efficaces.

L'intérêt de la recherche en matière de services de santé pour la planification familiale doit être souligné et il serait extrêmement souhaitable de disposer de ressources extrabudgétaires pour l'ensemble de cet important programme.

Le Professeur AUJALEU aimerait savoir si la médecine traditionnelle peut contribuer à résoudre les problèmes de l'infécondité et de la planification familiale.

Le Dr KESSLER (Directeur du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la recherche en Reproduction humaine), reprend tour à tour les points débattus. En ce qui concerne la question de la prédominance des ressources extrabudgétaires dans le financement de ce programme, soulevée par le Professeur Spies, il est vrai que cette situation entraîne une incertitude et que le chiffre de plus de US \$38 millions indiqué pour la période biennale 1978-1979 dans le tableau de la page 151 est plutôt optimiste : pour l'heure, les ressources disponibles ou annoncées ne s'élèvent qu'à US \$32 millions. De même, il n'est absolument pas garanti que le chiffre indiqué pour la période 1980-1981 soit atteint, même si deux gouvernements ont fait des contributions à long terme au programme.

Au sujet de la fécondation in vitro, l'Organisation attend de plus amples précisions sur les méthodes utilisées de la part des experts concernés. La question est d'importance pour la recherche sur l'infécondité, mais il semble que les techniques employées soient très complexes. Or le programme est généralement orienté vers une technologie appropriée plus simple. En outre, cette méthode pose des problèmes moraux et culturels qui ont suscité force controverses. En 1972, le Comité consultatif mondial de la Recherche médicale avait recommandé que l'Organisation ne soutienne pas cette recherche.

Le Dr Bajaj a évoqué les conséquences psychologiques de la stérilisation masculine. On n'a pas encore commencé d'études sur ce sujet dans le cadre du programme mais des enquêtes sont en cours dans plusieurs pays, avec l'aide d'autres sources. On ne sait pas encore clairement si les modifications de la libido intervenues chez certains hommes sont purement psychologiques ou sont dues aussi à des causes organiques. Le programme a entrepris, en liaison avec la Division de la Santé mentale, une étude sur les conséquences psychologiques de la stérilisation des femmes, dans six pays; les résultats en seront disponibles en 1980.

A propos de la question du Dr Sebina sur l'emploi d'autres méthodes de régulation de la fécondité plus simples et plus sûres, le Dr Kessler précise qu'on espère que les travaux portant sur certaines méthodes, comme l'amélioration des dispositifs intra-utérins, et sur les prostaglandines déboucheront sur des résultats dans les trois à quatre années qui viennent. Les autres méthodes nouvelles qui font actuellement l'objet de recherches ne seront applicables que dans cinq à dix ans. La mise au point de contraceptifs est une oeuvre de longue haleine car il s'agit de trouver des substances qui puissent être absorbées par des personnes en bonne santé, pendant de longues périodes, sans contrôle médical. Néanmoins, de telles substances devraient être commercialisées dans le courant de la prochaine décennie.

Le DIRECTEUR GENERAL ADJOINT, répondant à la question du Professeur Aujaleu sur la médecine traditionnelle, signale qu'il est indiqué, au premier paragraphe de la deuxième colonne de la page 150, qu'un groupe spécial procède à l'étude systématique de plantes indigènes utilisées pour la régulation de la fécondité. Pour sa part, il a visité le Collège de médecine traditionnelle de Shanghai, qui fait des recherches sur les extraits de plantes médicinales en vue d'agir sur la dysménorrhée et les manifestations cliniques des contractions irrégulières de l'utérus. Il a également observé pendant plusieurs années en Afrique la manière dont les praticiens de médecine traditionnelle traitent les troubles fonctionnels liés à l'irrégularité du cycle menstruel à l'aide de plantes médicinales, encore qu'il ne puisse pas dire quelle est l'efficacité du traitement lorsqu'il existe des causes organiques évidentes.

Le Directeur général adjoint ajoute qu'au départ le programme a été accueilli avec un certain scepticisme mais que maintenant la plupart des Etats Membres y participent. La répartition entre les pays développés et les pays en développement est satisfaisante et une importance égale est accordée à la recherche médicale et à la recherche sociologique. Le programme

de recherche est géré dans une large mesure par les scientifiques collaborateurs eux-mêmes, par l'intermédiaire d'équipes spéciales et d'autres mécanismes, et des scientifiques de toutes opinions et de toutes origines y participent.

Le Dr YACOUB (suppléant du Dr Fakhro) dit qu'il a été observé, dans les Etats du Golfe, que l'adoption d'enfants avait un effet bénéfique sur l'infécondité.

Le Dr SEBINA, revenant sur la question posée par le Professeur Aujaleu, dit que des recherches effectuées à Oslo ont démontré que des plantes du Zaïre ont un effet très puissant sur le muscle utérin.

Le Dr BAJAJ précise que sa question au sujet de la stérilisation masculine portait sur les effets éventuels de la non-production de spermatozoïdes sur l'hormone mâle.

Le Dr KESSLER (Directeur du Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine) dit qu'il existe un certain nombre de documents à ce sujet, dont la majorité suggère que l'équilibre hormonal de l'homme n'est pas perturbé par la vasectomie; quelques-uns, néanmoins, notamment des documents établis dans le cadre d'un projet auquel ont collaboré la Suède et le Mexique, font état de certaines modifications endocriniennes.

Des milliers d'ouvrages parlent de l'efficacité des plantes dans la régulation de la fécondité, mais ces affirmations ont rarement été vérifiées scientifiquement. Dans le cadre du Programme, un groupe de scientifiques de différentes régions examinent les données fournies par un examen informatisé de la documentation traitant de ce sujet, en vue de découvrir des plantes susceptibles d'être à la fois efficaces et sûres. Des travaux ont déjà commencé sur plusieurs plantes prometteuses. L'un des dangers dont il faut se méfier lorsqu'on utilise des plantes, dans ce domaine comme pour d'autres fins thérapeutiques, vient du fait que si beaucoup de plantes peuvent être efficaces, certaines peuvent aussi être toxiques ou cancérigènes. On s'est aperçu, par exemple, que certaines plantes d'Afrique agissent comme des prostaglandines mais se sont révélées cancérigènes pour les animaux.

Le DIRECTEUR GENERAL ADJOINT dit qu'il est de la plus haute importance, sur le plan politique et sur le plan psychologique, que les recherches sur les plantes médicinales soient maintenant effectuées dans les pays en développement eux-mêmes. Les résultats seront plus efficaces et moins suspects que ceux des recherches réalisées dans les pays développés sur des matériaux provenant de pays en développement, auxquelles les intérêts des groupes pharmaceutiques internationaux pourraient ne pas être étrangers.

Education pour la santé (programme 3.2.4)

Le Professeur SPIES déplore que les ressources allouées au programme d'éducation pour la santé semblent aller en diminuant. Il estime qu'on n'attache pas assez d'importance à l'élément éducation dans d'autres programmes; par exemple, il n'est pas question de l'éducation sexuelle dans les programmes de santé de la famille ou de reproduction humaine. Il faudrait déclarer sans ambiguïté que toutes les catégories de travailleurs de la santé ont le devoir de promouvoir l'éducation pour la santé dans leurs contacts avec le public, comme il a été recommandé à la Conférence d'Alma Ata. L'éducation pour la santé ne doit pas se faire uniquement au cours de la formation post-universitaire; elle doit faire partie intégrante de la formation de tous les travailleurs de la santé. Par ailleurs, il est nécessaire d'assurer la participation d'autres secteurs, et même de la société dans son ensemble, afin de neutraliser ce qui peut avoir une influence néfaste sur les schémas de comportement; le Professeur Spies cite par exemple ces films où la ravissante héroïne fume cigarette sur cigarette et la culture pop pornographique, avec ses effets désastreux. On s'est préoccupé du problème dans son pays, où l'on a créé un comité national multisectoriel de l'éducation pour la santé, et des comités locaux organisés par l'administrateur sanitaire compétent. Ces efforts devraient être soutenus par des institutions techniques fournissant le matériel approprié. C'est peut-être lorsqu'elle est axée sur des objectifs précis, comme la salubrité de l'environnement, que l'éducation pour la santé réussit le mieux. Il est important, dans des campagnes de ce genre, de prendre contact non seulement avec les autorités mais aussi avec les personnes influentes de la communauté en cause.

Le Dr KASONDE dit que les ressources allouées au programme ne semblent pas correspondre aux besoins. Le budget ordinaire pour la Région africaine, indiqué dans le tableau de la page 154, est très faible par rapport au budget des autres Régions.

Le Dr FORTUINE (suppléant du Dr Bryant) note qu'il est généralement admis que l'éducation pour la santé joue un rôle capital dans toutes les activités sanitaires et apparentées; la tâche d'obtenir la participation de tous les travailleurs de la santé présente des problèmes considérables sur le plan pratique. Le programme n'insiste pas assez sur l'éducation du malade, qui pourrait jouer un rôle important dans l'accélération de la guérison et dans la lutte contre des maladies chroniques telles que le diabète sucré et l'hypertension. Dans son pays, cette éducation commence à faire partie du traitement hospitalier et ambulatoire de ces maladies. Les gens sont réceptifs à ces idées lorsqu'ils sont malades et ils pourraient aussi former des groupes de soutien mutuel, tels que les clubs de personnes ayant subi une colostomie. Le Dr Fortune se demande si cette forme d'éducation pourrait être utile dans les pays en développement pour le traitement de maladies telles que la lèpre.

Le programme fait peu mention de l'évaluation de l'efficacité de l'éducation pour la santé, qui suscite encore un grand scepticisme. Il est pourtant important de continuer à chercher des méthodes plus efficaces.

Le Dr BAJAJ dit que des bureaux d'éducation pour la santé ont été créés dans plusieurs pays. L'OMS devrait formuler des directives sur le genre d'organisation qui conviendrait le mieux à ces établissements.

Il remarque que de nouvelles approches de la santé scolaire seront conçues en relation avec le programme de santé maternelle et infantile. Les ministères de l'éducation et du bien-être social devraient être consultés à ce sujet.

Le Dr ABDULHADI signale que les méthodes traditionnelles d'éducation pour la santé ont souvent échoué car elles faisaient trop confiance en la capacité d'éducateurs spécialement formés d'influencer le comportement de la population. Les gens seraient plus disposés à accepter des conseils venant des agents de santé avec lesquels ils sont en contact permanent; c'est pourquoi l'éducation pour la santé doit être mise au programme d'études des médecins. D'autre part, il faut s'efforcer d'inculquer, par l'intermédiaire des écoles et des instituts de formation des enseignants, de bonnes habitudes de santé aux jeunes qui, à leur tour, les propageront dans leurs familles. Il est important à cet égard de disposer du matériel approprié. Il faut faire une distinction entre information pour la santé et éducation pour la santé, cette dernière étant une entreprise de longue haleine qui ne peut être laissée aux soins des moyens d'information.

Le Dr YACCOUB (suppléant du Dr Fakhro) ajoute que les éducateurs sanitaires à la fois doués, compétents et expérimentés sont rares. Faire accepter des idées au public est un art. Le Dr Yacoub demande que le Siège et les Bureaux régionaux organisent des ateliers chargés de la conception d'affiches, de bandes dessinées, de diapositives, d'émissions de radio et de télévision pouvant être adaptées par la suite aux situations locales. L'OMS pourrait alors centraliser ce matériel, et les Etats Membres pourraient l'emprunter selon leurs besoins à bas prix.

Dans les Etats du Golfe, US \$2 millions ont été alloués l'année dernière à la création d'un centre de ce genre, sans grand succès en raison du manque d'expérience et de personnel dans ce domaine. Le Dr Yacoub estime que cela est au-delà des possibilités d'un Etat Membre agissant seul. La participation des chefs religieux des mosquées et églises à l'éducation pour la santé a porté ses fruits dans les campagnes de lutte contre le choléra et de propreté et autres programmes sanitaires, venant étayer efficacement les efforts des médias.

Le Dr LARI considère que les programmes d'études primaires et secondaires de son pays n'ont guère évolué en ce qui concerne l'éducation pour la santé ces 25 dernières années. Cependant, le rôle de l'enseignant est très important, étant donné qu'il y a environ trois fois plus d'enseignants que d'agents de santé et qu'ils sont les seules personnes instruites qui, dans les petites communautés, pourraient, s'ils recevaient une formation adéquate, dispenser une éducation sanitaire dans leurs classes ou ailleurs. Le moment est venu de créer un comité mixte OMS/UNESCO chargé de passer en revue les progrès de l'introduction de l'éducation pour la santé dans l'enseignement primaire et secondaire. A cet égard, on pourrait peut-être tirer profit des résultats de trois projets à la fois sanitaires et éducatifs qui se déroulent actuellement dans un pays avec l'assistance des Nations Unies.

Le Dr BARAKAMFITIYE souligne que l'éducation pour la santé est une partie importante de la médecine préventive. Cependant, certains pays ont créé des services d'éducation pour la santé indépendants, et en ont confié la responsabilité exclusive à des éducateurs sanitaires. L'éducation pour la santé doit faire partie des activités quotidiennes de tous les personnels de santé et de tous ceux qui travaillent à la promotion de la santé. Il convient de mettre l'accent sur l'intégration de ce programme à tous les autres. Il n'est pas facile de convaincre les médecins que l'éducation pour la santé fait partie intégrante de leurs activités, surtout lorsque le programme est présenté séparément pour des raisons de coordination et d'efficacité. Il est intéressant de noter que, dans la Région africaine, la participation communautaire à l'éducation pour la santé est considérée comme faisant partie du développement rural intégré. Le Dr Barakamfitye remarque aussi que le projet de budget programme de cette Région pour 1980-1981 prévoit un cours post-universitaire de formation en éducation pour la santé.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA pense que le programme présenté axe l'éducation pour la santé sur la prévention et le traitement et s'intéresse peu à la réadaptation des malades souffrant de maladies chroniques. De plus, alors que l'on mentionne des études entreprises conjointement avec le FNUAP, l'OIT, la FAO et l'UNESCO, elle se demande pourquoi il n'est pas fait mention du FISE puisque l'on envisageait une collaboration étroite avec cette organisation pour des activités touchant à la santé de la famille et à la santé maternelle et infantile.

Le Dr QUENUM (Directeur régional pour l'Afrique) déclare que le programme d'éducation pour la santé est l'un des plus importants en même temps que l'un des plus difficiles parce qu'il a trait à un processus complexe touchant le changement de comportement. Il importe donc d'examiner en détail la manière de l'aborder. Des efforts considérables ont été faits dans la Région africaine pour modifier le comportement des gens de manière à ce qu'ils prennent en charge leur propre santé. Les chiffres figurant au budget ne reflètent pas toujours les efforts spéciaux qui sont entrepris. Répondant au Dr Kasonde, le Dr Quenum précise que l'allocation de US \$10 200 pour la Région est prévue au titre de programmes inter-pays. Aucun pays n'a inclus dans ces chiffres un montant spécifique au titre de l'éducation pour la santé. Les pays estiment vraisemblablement que l'éducation pour la santé est une partie intégrante de tout leur programme. Conformément aux résolutions WHA30.53, WHA31.42 et EB60.R1 et à plusieurs autres, des efforts ont été faits pour renforcer l'éducation pour la santé dans divers pays, notamment au Congo, au Gabon, au Swaziland, en Ouganda et en Zambie, avec un accent particulier sur la promotion de la santé de la famille. Le facteur "éducation pour la santé" dans la mise en oeuvre du programme élargi de vaccination a été étudié au Ghana, au Nigéria et en Zambie. Des conférences-ateliers sur la santé de la famille dans le développement rural intégré ont eu lieu en Tanzanie et Ouganda, et une conférence-atelier sur l'éducation et la communication pour le bien-être familial dans le cadre du développement rural intégré a été organisée à Ouagadougou en novembre 1978. Trente-quatre pays de la Région ont participé à ces activités. Un cours post-universitaire en éducation pour la santé a été organisé au Centre régional africain d'éducation pour la santé de l'Université d'Ibadan. Au Centre régional de perfectionnement du personnel de santé de Lomé, des stagiaires participent régulièrement à des cours d'éducation pour la santé et de nombreux nationaux y ont été formés. Des cours d'éducation pour la santé sont donnés à Brazzaville et à Lusaka, sans parler des efforts qui sont faits pour introduire cette discipline dans les programmes d'étude de toutes les écoles de médecine. Cet effort n'est pas toujours couronné de succès et l'éducation pour la santé est aussi dispensée au moyen d'émissions radio et par la publication d'images. Au Kenya, le cours d'éducation pour la santé, sanctionné par un diplôme, assure la formation des "family health field educators". Là, 817 agents de cette catégorie ont été formés. A la fin de 1979, d'autres objectifs auront été atteints. Ainsi, avec une modeste allocation budgétaire, on peut utiliser l'ensemble du programme en faveur de l'éducation pour la santé. Le Dr Quenum souligne une fois de plus que les montants inscrits au budget ne donnent pas une idée claire des efforts entrepris dans un domaine aussi important, mais qu'ils représentent le rôle catalytique de l'OMS dans une série de réactions en chaîne.

Le Dr KAPRIO (Directeur régional pour l'Europe) a été heureux d'entendre le Dr Fortune parler de la prise en charge des malades par eux-mêmes et des conseils aux malades, qu'il avait lui-même mentionnés au cours des discussions sur la médecine traditionnelle. Dans les pays industrialisés, la prise en charge des malades par eux-mêmes est un phénomène parallèle à la médecine traditionnelle dans les pays en développement et le Bureau régional européen y accorde beaucoup d'attention. Les propositions concernant les soins de santé primaires pour les pays

industrialisés découlant de la Conférence d'Alma Ata mettent l'accent sur la participation de l'utilisateur, l'auto-prise en charge et les associations de malades. Il faut rechercher un équilibre entre l'utilisation des services de santé et l'auto-responsabilité. Le programme de la Région met l'accent sur les maladies chroniques. L'unité d'éducation pour la santé de la Région s'intéresse aux maladies mentales et aux problèmes de comportement posés par l'alcoolisme et les maladies cardio-vasculaires. Des études sont en cours sur la manière d'influencer le comportement des populations adultes. Par exemple, une réunion s'est tenue à Monaco sur les effets des médicaments et drogues et de l'alcool au volant. Le Dr Kaprio répond au Professeur Spies qu'une réunion s'est tenue récemment à Athènes sur "l'enfant et l'adolescent dans la société" et qu'un membre du personnel du Bureau régional a rédigé un document concernant l'éducation sexuelle. On s'y attache également au Siège, qui prépare actuellement des documents sur l'éducation sexuelle et les maladies transmises par voie sexuelle.

Le Dr ACUÑA (Directeur régional pour les Amériques) dit qu'un programme de formation en santé communautaire a démarré en janvier 1979, grâce au financement du PNUD, dans six pays d'Amérique centrale, pour étendre la couverture des soins de santé primaires et en réponse à une résolution adoptée par le Comité régional il y a trois ans. De plus, la Banque inter-américaine de développement a approuvé un prêt de 5 millions de dollars à la Fondation panaméricaine d'éducation pour la santé destiné à élaborer des manuels et une documentation pouvant être utilisés par le personnel auxiliaire et convenant aux caractéristiques de chaque pays de la Région. L'OPS versera pour ce projet une contribution de US \$1 500 000 sur cinq ans et l'on espère que les gouvernements participants apporteront eux aussi des contributions substantielles.

Le Dr MOAREFI (Education pour la santé) a été vivement encouragé par les observations des membres. Le FISE n'a pas été mentionné car il n'était pas impliqué dans les programmes particuliers dont il était question. La réadaptation est une activité plurisectorielle. Il est impossible d'énumérer dans un bref aperçu toutes les activités entreprises dans ce domaine, ni dans celui de l'éducation des malades et de la prise en charge des malades par eux-mêmes. L'OMS maintient que l'éducation pour la santé incombe à tous les agents de santé et enseignants et n'est pas le monopole de spécialistes en la matière. Elle collabore avec le FISE pour la santé scolaire, et les deux organisations ont produit ensemble un certain nombre de publications. L'OIT, la FAO et d'autres institutions mènent aussi des activités dans ce domaine. Des études ont montré que les enfants ne transmettent pas forcément à leurs parents ce qu'ils ont appris. Pour que l'éducation pour la santé soit efficace elle doit d'abord toucher la famille et la communauté. Le recours à des méthodes de stimuli subliminaux et à des méthodes de conditionnement et de déconditionnement permet d'influencer certains modèles de comportement, par exemple l'usage du tabac. L'OMS a toujours encouragé la constitution de comités nationaux d'éducation pour la santé et de comités mixtes où les ministères de la santé et de l'éducation agissent de concert. Un document énumérant douze projets de recherche sur l'évaluation des activités d'éducation pour la santé est disponible. On s'est intéressé à l'éducation des malades, question qu'un consultant étudie dans plusieurs pays. Il y a d'autre part un certain nombre d'activités de recherche dans ce domaine. Il est important de faire la distinction entre éducation et information. Beaucoup de gens pensent que l'information ou l'apport de connaissances peuvent amener des changements d'attitude. Mais on se rend compte aujourd'hui que l'éducation, à condition qu'elle soit faite par tous les travailleurs sanitaires, est plus efficace.

Développement des services de santé (grand programme 3.1) (suite)

Soins de santé primaires (programme 3.1.2) (suite) (document EB63/Conf.Paper N° 1)

Le PRESIDENT invite les membres du Conseil à examiner le projet de résolution concernant la médecine traditionnelle qui a été préparé par le groupe de rédaction et dont le texte est le suivant :

Le Conseil exécutif,

Rappelant la résolution WHA30.49;

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur les progrès réalisés dans le nouveau programme de promotion et de développement de la médecine traditionnelle, ainsi que les recommandations qui y figurent;

Prenant note de l'attention particulière qui a été portée à la médecine traditionnelle, y compris les accoucheuses traditionnelles, par une réunion de l'OMS sur la promotion et le développement de la médecine traditionnelle et par les Comités régionaux;

Conscient du fait que des mesures pratiques et efficaces s'imposent pour promouvoir et développer la recherche sur la médecine traditionnelle, et notamment sur les plantes médicinales et les remèdes à base de plantes;

Soulignant que les gouvernements des pays où la pratique de la médecine traditionnelle est acceptée devraient soutenir de façon adéquate l'engagement de praticiens traditionnels dans les équipes de soins de santé primaires quand il y a lieu ainsi que l'utilisation d'une technologie appropriée dans ces pratiques de médecine traditionnelle, et prendre des mesures permettant de réglementer et contrôler efficacement les pratiques de la médecine traditionnelle;

Reconnaissant que le succès du programme dépendra de la participation active de tous les Etats Membres concernés,

1. PRIE le Directeur général :

1) d'intensifier ses efforts pour promouvoir la participation active des Etats Membres concernés au développement et à l'exécution du programme;

2) d'aider les gouvernements intéressés à élaborer des approches plus réalistes et plus souples vis-à-vis de la médecine traditionnelle dans le cadre de programmes de soins de santé adaptés aux différentes conditions socio-économiques;

2. PRIE EN OUTRE le Directeur général et les Directeurs régionaux de continuer à développer le programme de médecine traditionnelle de l'OMS, y compris les directives pour l'utilisation des pratiques thérapeutiques traditionnelles valables quand il y a lieu, d'allouer à ce programme les ressources financières nécessaires et de coopérer avec les Etats Membres dans ce domaine.

Le Dr SEBINA (Rapporteur) déclare que, malgré quelques difficultés, le groupe de rédaction est arrivé à un consensus. Il propose de modifier le paragraphe 2 du dispositif en remplaçant les mots "les ressources financières nécessaires" par les mots "les ressources financières et autres qui sont nécessaires".

Le Dr SAVEL'EV (suppléant du Dr Venediktov) propose que le deuxième alinéa des considérants reprenne le titre du programme et il suggère donc de remplacer les mots "de promotion et de développement de la médecine traditionnelle" par les mots "de médecine traditionnelle".

Le Dr SEBINA exprime son accord.

Le Dr ABDULHADI rappelle que l'Assemblée de la Santé a demandé que la question de la médecine traditionnelle soit examinée de façon plus approfondie car il lui est apparu que la médecine traditionnelle pourrait être adoptée et intégrée avec profit à la pratique médicale. Quelques pays sont prêts à adopter ce type de médecine. D'autres, par contre, pourront souhaiter attendre qu'elle ait été étudiée plus en profondeur et que les avantages en soient parfaitement compris. On pourrait donc au cinquième alinéa des considérants remplacer les mots "où la pratique de la médecine traditionnelle est acceptée" par les mots "intéressés par l'utilisation de la médecine traditionnelle".

Le Dr C. K. HASAN se demande si, en raison de l'amendement proposé par le Dr Savel'ev, les mots "promotion et développement de la médecine traditionnelle" au troisième alinéa des considérants devraient aussi être supprimés.

Le PRESIDENT fait observer que puisque ces mots constituent le titre d'une réunion qui a eu lieu, ils ne doivent pas être remplacés.

Le Dr KASONDE rappelle que les débats ont mis en lumière un désir d'utiliser la médecine traditionnelle à tous les niveaux où les connaissances spéciales qu'elle apporte peuvent être utiles et non pas seulement au niveau des soins de santé primaires. Il suggère donc de supprimer le mot "primaires" au cinquième alinéa des considérants.

En réponse à cette question, le Dr SEBINA indique que le groupe de rédaction a examiné avec soin cet aspect particulier et qu'il a tenu à mentionner les soins de santé primaires qui constituent l'un des programmes-clés de l'action visant à assurer la santé pour tous en

l'an 2000. Il était donc préférable de refléter les vœux du Conseil en élargissant la perspective dans le dispositif de la résolution. C'est pourquoi il est question au deuxième alinéa du paragraphe 1, (du dispositif) d'"approches vis-à-vis de la médecine traditionnelle dans le cadre de programmes de soins de santé".

Le Dr KASONDE accepte cette explication et retire sa proposition.

Le Dr BARAKAMFITIYE déclare qu'il n'a pas bien compris l'interprétation. Il se demande si l'amendement proposé par le Dr Abdulhadi donnerait dans le texte français, "pays intéressés" ou "pays qui s'intéressent", car la signification n'est pas la même.

Le Professeur AUJALEU a compris "pays intéressés" et c'est la traduction qu'il préfère.

Le Dr BARAKAMFITIYE partage ce point de vue.

Décision : La résolution, ainsi amendée, est adoptée.

Santé mentale (grand programme 3.3)

Le PRESIDENT, présentant le programme, rappelle aux membres qu'ils auront ultérieurement l'occasion d'examiner en détail les questions de l'alcoolisme et des médicaments psychotropes.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA est heureuse de voir que les activités de santé mentale sont intégrées aux services de santé de base, ce qui permettra une planification plus complète et plus judicieuse. Elle note avec une grande satisfaction que le programme s'écarte de la psychiatrie traditionnelle pour aborder des domaines plus généraux. Toutefois, après avoir lu attentivement tout le programme, elle constate qu'aucune approche particulière n'est indiquée pour le suicide. Or la prévention du suicide est une contribution à la santé humaine et par conséquent à la santé du monde. Le suicide est une réaction pathologique due à divers facteurs relevant de la personnalité, de la société, etc.

Le Professeur SPIES appelle l'attention sur les observations du Comité du Programme; le programme a maintenant atteint un stade de développement prometteur; le soin apporté à sa préparation et les collaborations prévues sont une garantie de progrès futur. Il est fait aux politiques de santé mentale une juste place dans la politique générale de l'Organisation. Mais il est attristant de lire des prévisions vagues telle celle-ci : "on a des raisons de penser que la prévalence déjà élevée des troubles mentaux ne fera que s'accroître au cours des prochaines décennies", au deuxième paragraphe de la page 155. Faut-il entendre 2, 3 ou 5 décennies ? Où pense-t-on qu'il y aura une augmentation de la prévalence ? Il serait préférable d'éviter ce genre d'assertions si on ne peut pas les préciser.

Le programme ne souligne pas l'importance des liens entre les facteurs d'environnement et, d'autre part, le crime et la délinquance, surtout chez les jeunes. La littérature, les programmes de télévision et le cinéma présentent souvent l'agression de personnes comme une chose attrayante. Il faudrait étudier ces facteurs.

Le Professeur Spies se demande si le programme fait une place au concept de psychologie clinique.

Le Dr SEBINA se félicite des nouvelles approches de la santé mentale. Le passage de la psychiatrie traditionnelle aux services axés sur la communauté revêt la plus grande importance pour les pays en développement. Les retombées positives en sont évidentes. La concentration traditionnelle des malades dans les établissements spécialisés coûte très cher. La nouvelle formule, à condition de disposer du personnel nécessaire, aidera beaucoup à résoudre les problèmes de santé mentale qu'entraînent l'évolution socio-économique rapide, l'exode rural et l'industrialisation - phénomènes qui mènent à l'éclatement de la famille élargie et à la rupture d'autres liens culturels, à l'alcoolisme, à la criminalité et à la délinquance.

Les programmes de santé mentale peuvent avoir des effets considérables sur la qualité de la vie qui est l'un des critères de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et qui figure dans la Constitution.

Rappelant la résolution WHA30.45, le Dr Sebina espère que l'on assistera à une augmentation des ressources extrabudgétaires.

Pour le Professeur AUJALEU, le commentaire qui précède les tableaux rend compte de notions et de tendances admises à peu près partout et l'ensemble du document est excellent. Toutefois, il est bien certain que si l'on estime réalisable l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000, la prévision d'une augmentation de la prévalence déjà élevée des troubles mentaux au cours des prochaines décennies a quelque chose d'extrêmement inquiétant.

Quant aux activités de recherche énumérées à la page 161, le choix de l'application des sciences neurologiques à la lutte contre les troubles neurologiques est excellent mais il faut espérer que les recherches entreprises s'en tiendront strictement à ce titre. Les études biologiques des troubles mentaux constituent également un excellent sujet de recherche; le problème est particulièrement important et tellement actuel qu'il est bon que l'OMS soit présente, même de façon modeste. Etant donné qu'il importe d'observer la plus grande rigueur en matière de terminologie, le Professeur Aujaleu demande quelle est exactement la différence entre les facteurs socio-culturels, dont il est question à propos des recherches sur les facteurs socio-culturels favorables à la santé, et les facteurs psycho-sociaux mentionnés au sujet des recherches sur le thème : facteurs psycho-sociaux et soins de santé.

Le Dr BAJAJ fait allusion au yoga, technique s'inspirant de l'adage mens sana in corpore sano et demande si l'OMS a envisagé d'entreprendre des recherches sur cette technique pour en évaluer l'utilité.

Le Dr SAVEL'EV (suppléant du Dr Venediktov) attire l'attention sur un passage du dernier paragraphe de la colonne de gauche de la page 155, où il est dit que les interventions d'ordre social et les changements économiques rapides peuvent fausser ou faire éclater les structures traditionnelles de soutien social, créer un climat d'insécurité et exercer une influence directe et importante sur la santé mentale. Il n'est donc question que des aspects négatifs d'une telle évolution et l'on peut interpréter ce passage comme un avertissement d'une institution spécialisée de l'Organisation des Nations Unies, mettant en garde contre le danger des changements socio-économiques rapides. Le Dr Savel'ev estime qu'il faut modifier radicalement ce texte. Les changements socio-économiques rapides et les révolutions règlent souvent de graves problèmes sociaux et contribuent à améliorer la santé mentale de la population en permettant aux individus de réaliser pleinement leurs capacités et en créant des conditions optimales favorisant l'élévation du niveau de vie, la confiance en l'avenir et le développement de la culture nationale. Le pays du Dr Savel'ev attache une grande importance à la santé mentale. La Constitution de l'Union des Républiques socialistes soviétiques interdit la propagande belliciste et garantit certains droits fondamentaux tels que le droit au travail, au repos, à la santé et à la culture. Ces garanties favorisent la confiance dans l'avenir et offrent à la population une occasion d'enrichissement spirituel de la personnalité qui est favorable à la santé mentale.

Pour le Dr BARAKAMFITIYE, l'importance des problèmes de santé mentale se fera sans doute sentir de plus en plus dans les pays en développement, eu égard en particulier au phénomène d'urbanisation rapide et quelquefois anarchique. Il faut donc se féliciter de la place importante accordée à l'action de santé mentale dans le programme de l'Organisation.

Le Dr SUAZO indique que la méditation transcendentale a de plus en plus de succès dans la région du monde d'où il vient et demande si l'OMS envisage d'étudier cette technique particulière.

Le Dr KASONDE estime que le programme de santé mentale est excellent et espère qu'il bénéficiera d'un soutien suffisant. L'évaluation des activités de santé mentale est une opération difficile et il est donc souhaitable que l'on élabore des directives adéquates à cette fin.

Les techniques utilisées par les guérisseurs traditionnels pourraient se révéler utiles et il serait bon que toute étude entreprise sur les différentes techniques les prenne en considération.

Le Dr ALVAREZ GUTIÉRREZ estime que l'activité de recherche intitulée : réaction de la collectivité aux problèmes liés à la consommation d'alcool constitue un excellent exemple de secteur où des crédits de démarrage internationaux peuvent susciter un financement considérable par des crédits extrabudgétaires ainsi qu'un développement des travaux dans ce domaine important, ainsi qu'en témoignent les travaux effectués au Mexique, au Royaume-Uni et en Zambie dont il est question au dernier paragraphe de la colonne de gauche de la page 157.

Le Dr SENILAGAKALI signale que dans la partie du monde d'où il vient, composée d'un grand nombre d'îles, les cas de troubles mentaux associés au phénomène des marées posent un problème et il demande si l'OMS possède une quelconque documentation sur cette question.

Le Professeur DE CARVALHO SAMPAIO trouve le programme de santé mentale excellent. S'il est navrant de lire que la forte prévalence des troubles mentaux que l'on connaît actuellement augmentera encore au cours des prochaines décennies, il faut bien se dire que, selon toute apparence, ce sera malheureusement le cas.

L'un des moyens par lesquels l'OMS peut jouer un rôle utile sera d'influer sur la formation donnée dans les écoles de médecine, de manière à mettre davantage l'accent sur la participation de la communauté à l'action de santé mentale.

Le Professeur SPIES, tout en convenant que la prévision semble extrêmement pessimiste, ne peut s'empêcher de penser qu'elle se réalisera probablement. Pour éviter toute mauvaise interprétation de ses propos, il précise qu'en parlant de violence, il n'a aucunement entendu lier celle-ci aux mouvements de libération nationale, pas plus qu'à des considérations de défense nationale. A cet égard, le Dr Savel'ev a eu raison de souligner que le développement économique et social entraîne des modifications à la fois positives et négatives.

Le Dr BRYANT se félicite lui aussi de l'approche progressiste adoptée vis-à-vis de la santé mentale. Lorsqu'on réfléchit à ce qui peut nous attendre en l'an 2000, il est important de tenir compte des vastes migrations humaines, soit au-delà des frontières nationales comme c'est le cas pour les travailleurs migrants, soit du milieu rural au milieu urbain, ce qui constitue indubitablement l'un des plus grands déplacements de populations dans l'histoire de l'humanité. Les projections les plus récentes publiées par la Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies concernant le nombre d'habitants dans les principales villes du monde en développement ont quelque chose de terrifiant quand on songe à leurs conséquences pour l'homme. L'irruption dans un milieu inconnu dépourvu des structures d'appui traditionnelles aura des effets destructeurs et la misère et le surpeuplement des villes risquent fort d'engendrer des problèmes entièrement nouveaux dans le domaine de la santé mentale et sur le plan psycho-social en général.

Le Dr KLIVAROVÁ (suppléante du Professeur Prokopec) revient sur les observations du Dr Savel'ev concernant le passage de la page 155 où il est question d'action sociale et de changements socio-économiques rapides. Ce passage ne rend pas bien compte de la situation réelle et il conviendrait que le rapport du Conseil exécutif précise qu'un certain nombre de ses membres n'ont pas souscrit à sa formulation. L'expérience personnelle du Dr Klivarová sur un pays qu'elle connaît bien montre au contraire que les changements socio-économiques, loin d'aboutir à une détérioration de la santé mentale et spirituelle, ont en fait été à l'origine d'améliorations.

Il serait intéressant de savoir quelles ont été les études portant sur les chômeurs et les travailleurs migrants dont la santé mentale a certainement pâti d'une situation socio-économique difficile. Il serait également utile d'examiner le cas des individus qui enfreignent la loi et prétendent, parfois avec l'aide de médecins, souffrir de troubles mentaux, de manière à éviter les conséquences de leurs actes délictueux.

Le Dr LISBOA RAMOS estime que le sujet est très bien présenté et le programme très satisfaisant puisqu'il intègre à juste titre les activités de santé mentale aux services de santé plutôt que de les rattacher aux services de psychiatrie.

Ne serait-il pas possible que l'OMS entreprenne des recherches sur les effets qu'exercent sur la santé mentale des facteurs tels que l'insularité ou la vie dans des communautés restreintes ? Quant à la question des migrations, il serait intéressant d'entreprendre des recherches sur les facteurs psycho-sociaux préjudiciables à la santé mentale des migrants, étant donné qu'on observe que leur état de santé se détériore davantage dans des pays où les conditions de vie et la langue sont tout à fait différentes de celles de leur milieu d'origine.

Le Dr KOURI (suppléant du Dr Galego Pimentel) se déclare très satisfait du programme qui est conforme à la tendance consistant à mettre davantage l'accent sur la communauté, la prévention et la recherche. Le Dr Klivarová a raison d'affirmer que, s'il peut y avoir des cas où les interventions de caractère social et les changements socio-économiques rapides peuvent avoir des effets destructeurs, cela n'a certainement pas été le cas d'après sa propre expérience.

La séance est levée à 12 h.30.