



CONSEIL EXECUTIF

Soixante et onzième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA QUINZIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Jeudi 20 janvier 1983, 14 h 30

PRESIDENT : Dr Maureen M. LAW



Sommaire

	<u>Pages</u>
Projet de budget programme pour la période financière 1984-1985 (suite)	2
Rapports des Directeurs régionaux sur des questions intéressant les comités régionaux qui réclament l'attention particulière du Conseil (suite)	2
Examen du programme (suite)	
Protection et promotion de la santé mentale	2
Promotion de la salubrité de l'environnement	11
Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation	11
Lutte contre la maladie	14

Note

Le présent procès-verbal n'est que provisoire. Les comptes rendus des interventions n'ont pas encore été approuvés par les auteurs de celles-ci et le texte ne doit pas être cité.

Les rectifications à inclure dans la version définitive doivent, jusqu'à la fin de la session, soit être remises par écrit à l'Administrateur du service des Conférences qui assiste aux séances, soit être envoyées au service des Comptes rendus (bureau 4013, Siège de l'OMS). Elles peuvent aussi être adressées au Chef du Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27 (Suisse), avant le 11 mars 1983.

Le texte définitif paraîtra ultérieurement dans le document EB71/1983/REC/2 : Conseil exécutif, soixante et onzième session : procès-verbaux.

QUINZIEME SEANCE

Jeudi 20 janvier 1983, 14 h 30

Président : Dr Maureen M. Law

PROJET DE BUDGET PROGRAMME POUR LA PERIODE FINANCIERE 1984-1985 : Point 7 de l'ordre du jour (résolutions WHA33.27, paragraphe 4.1), WHA33.24, paragraphe 3, EB68.R2 et EB71.R3; document PB/84-85) (suite)

RAPPORTS DES DIRECTEURS REGIONAUX SUR DES QUESTIONS INTERESSANT LES COMITES REGIONAUX QUI RECLAMENT L'ATTENTION PARTICULIERE DU CONSEIL : Point 8 de l'ordre du jour (documents EB71/9, EB71/10, EB71/11, EB71/12 et EB71/14) (suite)

EXAMEN DU PROGRAMME : Point 7.2 de l'ordre du jour (résolution WHA35.25, paragraphe 5.3); documents EB71/5 et Add.1, EB71/6, EB71/7 et EB71/40) (suite)

SCIENCE ET TECHNOLOGIE DE LA SANTE - PROMOTION DE LA SANTE (section 3 de la résolution portant ouverture de crédits; document PB/84-85, pages 119-218) (suite)

Protection et promotion de la santé mentale (programme 10)

Aspects psychosociaux de la promotion de la santé et du développement humain (programme 10.1)

Mesures de prévention et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues (programme 10.2)

Prévention et traitement des troubles mentaux et neurologiques (programme 10.3)

Invitant les membres à examiner tous les sous-programmes ensemble, le PRESIDENT appelle leur attention sur la résolution WPR/RC33.R15 sur l'alcool en tant que problème majeur de santé publique, adoptée par le Comité régional du Pacifique occidental et figurant à l'annexe 2 du rapport du Directeur régional sur la trente-troisième session du Comité régional du Pacifique occidental (document EB71/14).

Le Dr BORGONO, parlant du programme 10.2 (Mesures de prévention et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues), souligne l'importance des mesures de prévention primaires contre l'abus de l'alcool; il est essentiel que les enseignants, dans les écoles primaires et secondaires, y jouent un rôle. Dans son pays, un programme prévoyant de telles mesures a donné de premiers résultats encourageants. Le traitement à court terme peut certes donner des résultats, mais ce sont les mesures de prévention à long terme qui offrent les meilleurs espoirs pour l'avenir.

Se référant au programme 10.3 (Prévention et traitement des troubles mentaux et neurologiques), il souligne la nécessité où se trouvent les pays en développement, qui ne possèdent que peu de spécialistes, de faire participer à ce programme les praticiens de médecine générale, afin que des soins de santé primaires soient aussi dispensés dans le domaine des troubles mentaux et neurologiques. Eu égard à la pénurie de ressources humaines, c'est la seule manière de faire en sorte que soient atteints les objectifs fixés par l'Organisation. Pour autant qu'on puisse prévoir, les pays en développement continueront à manquer de spécialistes; c'est pourquoi la formation continue de l'équipe de santé prise comme un tout, aussi bien que des praticiens de médecine générale, représenterait un important pas en avant.

Mme BELMONT (conseiller du Dr Faich) s'inquiète de la faiblesse du financement proposé pour le programme 10.2. L'abus de l'alcool et les problèmes connexes augmentent aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Les discussions techniques qui ont eu lieu lors de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé ont bien montré à quel point l'abus de l'alcool est en train de devenir un grave problème mondial.

Les paragraphes 9, 10, 12 de l'exposé de programme énumèrent des activités visant à remédier à ce problème, mais les crédits indiqués dans le tableau de la page 172 ne paraissent guère adéquats. Les fonds prévus pour les mesures de prévention et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues sur le plan mondial ne s'élèvent qu'à US \$180 000. On peut supposer qu'une partie des fonds affectés au projet ADA 902 (Planification et gestion) serait aussi consacrée au programme concernant l'abus d'alcool, mais le tableau ne permet pas d'en discerner le montant.

Elle s'inquiète, en particulier, parce qu'elle a appris récemment que les fonds extra-budgétaires destinés à financer le poste de chef du programme OMS concernant les problèmes liés à l'alcool ne seront disponibles qu'après la fin de mars 1983. Se propose-t-on de rechercher des financements extrabudgétaires de remplacement pour permettre de poursuivre et d'élargir le programme, de sorte que l'Organisation puisse mieux répondre aux recommandations des discussions techniques de 1982 ?

Le Dr ADANDÉ MENEST note que le tableau de la page 167 fait apparaître une augmentation substantielle, sauf pour les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, des prévisions d'engagements de dépenses pour les activités régionales au titre du programme 10.1 (Aspects psychosociaux de la promotion de la santé et du développement humain). La tendance à l'augmentation du financement aux niveaux mondial et interrégional reflète aussi la mesure dans laquelle on se préoccupe de cet aspect de la santé mentale.

Les problèmes liés à l'abus de l'alcool et des drogues font partie intégrante de la question de la santé mentale. Mais d'autres facteurs, par exemple, les stress et les insatisfactions de toutes sortes, peuvent aussi intervenir dans la détérioration de cette santé mentale. En dépit de tous les efforts du Secrétariat et du Président, même le Conseil exécutif connaît, au cours des séances, des moments de tension et de frustration à cause de malentendus ou de difficultés, linguistiques ou autres. Lui-même a été mal compris en diverses occasions, et il n'a pas toujours reçu une réponse satisfaisante à ses questions. Il souligne, en passant, qu'il n'est pas approprié - comme cela s'est produit plus d'une fois - de le renvoyer au Directeur régional pour l'Afrique pour obtenir une réponse à ses questions, alors que ce qu'il recherche, c'est une réponse du Secrétariat aux préoccupations de la Région et l'assurance que les Directeurs, au Siège, ont conscience de ces préoccupations. Aujourd'hui, il demande au Secrétariat comment on s'occupe réellement des problèmes de santé mentale en Afrique.

Il voudrait par ailleurs, alors que des pressions sont actuellement exercées sur le Conseil pour l'inciter à accélérer ses délibérations, faire observer qu'une hâte indue ne rendrait service ni au Conseil, ni à l'ensemble de l'Organisation. Le présent débat constitue peut-être un contexte approprié pour lancer un appel en vue d'une approche réaliste, réfléchie et sereine de la question examinée.

Le PRESIDENT ne pense pas que les membres du Conseil aient l'impression que le rythme des délibérations les empêche de faire connaître leurs vues à leurs collègues ou au Secrétariat.

Le Dr AL-AWADI estime que les problèmes de santé mentale figurent parmi les principaux obstacles à franchir sur la route de la santé pour tous en l'an 2000. L'importance des facteurs psychologiques et sociaux dans la promotion de la santé et du bien-être mental est manifeste pour tous, cependant l'Organisation ne leur consacre pas toujours une attention suffisante. Les problèmes ne sont pas simples, et les décisions nécessaires requièrent un haut degré de compétence technique.

Notant que le programme 10.2 couvre le sujet des discussions techniques qui ont eu lieu lors de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, "La consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool", qu'il a eu l'honneur de présider, le Dr Al-Awadi s'étonne de voir comment la fréquence de l'abus de l'alcool a augmenté au niveau mondial. Il est profondément attristé de constater que le problème s'est aussi propagé aux pays en développement. Le monde entier devient la proie de ce que l'on doit bien décrire comme une recherche immorale de nouveaux marchés par les industries intéressées. Il espère que le Conseil consacra un temps suffisant à l'examen de ce sujet, en dépit des pressions exercées pour qu'il active le rythme de son travail.

Lors des discussions techniques qu'il a mentionnées, on avait espéré que l'Assemblée de la Santé prendrait une décision claire sur l'importance du programme concernant les mesures de prévention et de lutte en matière d'abus d'alcool. Malheureusement, on n'a pas disposé d'assez de temps pour examiner le projet de résolution qui avait été préparé. A la présente

session, espère-t-il, le Conseil exécutif instruira clairement l'Assemblée de la Santé, par des directives précises, incorporant les recommandations des discussions techniques et mettant l'accent sur l'importance à accorder à la prévention sur le plan mondial et au rôle de la prévention de l'abus de l'alcool et des drogues dans l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000. Il espère en outre qu'il sera possible de rédiger et de présenter officiellement à l'Assemblée de la Santé, comme question prioritaire, un plan d'action pour la prévention de l'abus de l'alcool et des drogues. Lors des discussions techniques, les Etats Membres ont été instamment priés d'élaborer des plans d'action clairs, particulièrement compte tenu de l'ampleur du problème et des effets adverses qui, de leur côté, requièrent des programmes spéciaux. On espère que l'Assemblée de la Santé, allant plus loin, créera un comité spécial de consultants pour orienter les activités de l'OMS et éveiller la conscience du monde, et que l'Organisation prendra l'initiative d'entrer en contact avec toutes les autres institutions internationales agissant dans le domaine visé pour unifier les efforts contre ce qui est, indubitablement, un très grand danger pour les structures sociales et culturelles aussi bien que pour la santé.

L'OMS doit établir des directives pour une vie valable et saine. L'abus de l'alcool et des drogues ne va pas dans une telle direction. Aussi espère-t-il que l'Organisation pourra donner l'exemple en cessant d'offrir des boissons alcoolisées lors des réceptions officielles. Quand cette idée a été émise au cours des discussions techniques, il y a eu quelques désaccords; pour sa part, il croit néanmoins qu'une telle initiative ferait impression.

Parlant de la question des fonds extrabudgétaires à l'appui du programme concernant les problèmes liés à l'alcool, le Dr Al-Awadi est en mesure d'informer Mme Belmont que les Etats du Golfe ont fait connaître leur désir de parrainer le programme pendant les deux ans à suivre. C'est le devoir des pays dont la religion interdit la consommation d'alcool de sensibiliser les autres à ses effets néfastes. Il estime néanmoins que le programme devrait être davantage soutenu par le budget ordinaire 1984-1985 puisque, si on ne prend pas des initiatives immédiates, les pays en développement seront accablés par un fardeau de coûts sociaux dus à l'abus de l'alcool et des drogues semblable à celui qui pèse actuellement sur les pays développés, et qu'ils ne pourront pas supporter.

Le Dr BRAGA déclare être un administrateur de la santé qui, bien que conscient des effets néfastes de l'abus de l'alcool, ne possède pas de connaissances particulières dans ce domaine. Récemment, il en a appris bien davantage sur la question, tout d'abord grâce au Dr Al-Awadi, Président de l'un des groupes des discussions techniques de 1982 et, en second lieu, en sa propre qualité d'observateur à la réunion d'un groupe consultatif du programme concernant les problèmes liés à la consommation d'alcool, qui a eu lieu au Siège de l'OMS du 10 au 12 janvier 1983. Ce groupe a préparé un rapport des plus intéressants, que tous les membres du Conseil devraient lire, et dans lequel les participants ont fermement et sans exception recommandé de poursuivre et de renforcer le programme anti-alcoolique au Siège de l'OMS, qui doit être une entité distincte et précise pouvant servir de point de convergence à la recherche comme à l'action. En outre, le groupe consultatif a recommandé à l'OMS de prendre sans tarder des mesures propres à assurer, pendant longtemps encore, la poursuite du programme actuel du Siège en faveur de la lutte anti-alcoolique et il a également demandé, conformément aux recommandations formulées lors des discussions techniques de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, que des ressources suffisantes soient allouées à ce programme.

Le Dr Braga se rallie pleinement aux vues du Dr Borgoño, selon lesquelles la prévention de l'abus de l'alcool et des drogues doit faire partie intégrante des dispositions relatives aux soins de santé primaires.

Le Dr REID donne son appui au programme et se déclare tout particulièrement satisfait de la manière dont l'Organisation aborde les problèmes de l'abus de l'alcool. Il se déclare entièrement d'accord avec Mme Belmont et il attend les réponses aux questions qu'elle a posées. Les 12 activités proposées au titre du programme 10.2 sont bien présentées, mais le Dr Reid souhaiterait obtenir davantage de renseignements au sujet des plans pour l'élaboration de directives s'inspirant des traités et obligations internationaux en matière de lutte contre l'abus des drogues, ainsi que sur leur utilisation, car il ne voit pas très bien de quoi il s'agit.

De l'avis du Dr ORADEAN, le grand mérite du programme 10.1 est d'avoir réussi à mieux identifier les tâches à accomplir pour promouvoir la santé mentale. Elle se félicite de la

place qui est réservée aux facteurs de stress, et également de l'attention accordée aux groupes à risque élevé chez les enfants et les personnes âgées, ainsi qu'au rôle de la famille, à l'adaptation de l'hygiène aux conditions de la vie moderne et, enfin, aux facteurs psychosociaux et économiques. La formation des personnels aux échelons périphériques constitue un problème majeur, notamment dans le cas des agents des soins de santé primaires. Elle souhaiterait que ce problème soit cerné plus étroitement dans le plan d'action.

A propos du programme 10.2, elle déclare que l'abus des drogues, tout au moins, ne constitue pas un problème dans son propre pays. Cependant, après avoir été informée - par la résolution de la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et par celle qu'a adoptée le Comité régional du Pacifique occidental - des effets nuisibles de cet abus sur la santé, notamment chez les jeunes, elle estime que ce programme doit être énergiquement soutenu, sur le plan mondial comme sur le plan régional.

Le programme 10.3 marque un réel progrès par rapport à celui qui l'a précédé, du fait notamment qu'il insiste davantage sur la prévention que l'on peut obtenir grâce à une meilleure connaissance de l'étiologie des troubles concernés. Pour ce qui est des soins dispensés à domicile aux handicapés mentaux, le Dr Oradean estime que cette partie du programme doit être rattachée à la formation du personnel des soins de santé primaires.

A son avis, les ressources allouées au programme sont insuffisantes. Le second des deux objectifs qui doivent être atteints en 1989, à savoir l'adoption de directives techniques pour la prévention et la prise en charge clinique, dans le cadre des soins de santé primaires, de certains troubles mentaux et neurologiques dans un pays au moins de chaque Région de l'OMS - paraît avoir un caractère plus symbolique que pragmatique; il s'agit là d'un objectif trop lointain.

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) déclare qu'il est malheureusement exact que l'alcool est en vente presque partout dans le tiers monde, tant en milieu rural qu'en milieu urbain; en fait, il est plus facile de s'en procurer que d'obtenir des sérums et des médicaments essentiels. La distribution de médicaments curatifs dans des régions éloignées se heurte, en réalité, à de grandes difficultés. Les pays, dans leur majorité, sont-ils vraiment désireux de réduire la consommation d'alcool et de cigarettes? Dans ce cas, pourquoi ces articles sont-ils vendus en franchise de taxes dans les aéroports? L'Assemblée mondiale de la Santé devrait adopter une résolution invitant les pays à mettre des taxes sur l'alcool et les cigarettes, et il faudrait prohiber la consommation de boissons alcoolisées pendant l'Assemblée.

Le Dr WANG Lianshen (suppléant du Dr Xu Shouren) pense que les problèmes de santé mentale sont aussi importants pour les pays en développement que pour les pays développés. Son propre pays accorde une plus grande attention à la question et collabore également de façon satisfaisante avec l'OMS dans ce domaine. Il a en outre décidé d'adhérer à la Convention unique sur les Stupéfiants, afin de se joindre aux autres pays dans un effort commun de lutte contre l'abus des drogues. Le Dr Wang Lianshen témoigne de sa vive appréciation du programme proposé par le Secrétariat et il constate avec satisfaction que, dans son ensemble, ce programme a retenu une part plus large des prévisions budgétaires.

Dans les pays en développement, il convient qu'en santé mentale la priorité soit accordée à la promotion de la formation des personnels. Il est nécessaire de former du personnel de santé mentale de haute qualification en raison de la pénurie des effectifs, mais les établissements généraux de santé doivent également former du personnel médical et d'autres agents de santé. La remarque s'applique plus particulièrement aux agents des soins de santé primaires, car, pour améliorer la santé mentale, il conviendra qu'ils se chargent de diverses tâches. En même temps, la diffusion d'informations sur la santé mentale devra faire l'objet de campagnes spéciales. Il faut aider les Etats Membres à organiser une surveillance épidémiologique des troubles mentaux et neurologiques afin de pouvoir en identifier les causes et développer la connaissance des facteurs épidémiologiques et des facteurs de morbidité. L'OMS pourrait aider les pays à formuler des plans pour la prévention et la maîtrise des troubles mentaux et neurologiques. Des projets expérimentaux pourraient également être exécutés dans certaines régions.

Le Dr Wang Lianshen appuie la proposition d'aider les Etats Membres à mettre en place un ou deux centres de recherche sur la santé mentale dans chaque pays, qui pourraient servir de centres nationaux d'orientation clinique, d'information et de surveillance. Pour exécuter toutes ces activités, il serait nécessaire d'améliorer la coordination et les contacts aux niveaux mondial, régional et national.

Le Dr OLDFIELD estime que la santé mentale constitue un problème très sérieux dans les pays en développement. Les communautés traditionnelles ont une façon bien à elles d'aborder certains problèmes de santé mentale, mais les fondations de ces sociétés traditionnelles ont commencé à se désagréger, suscitant ainsi de très grosses difficultés. Alors que les communautés se préoccupent beaucoup des problèmes de santé mentale, des obstacles majeurs apparaissent au niveau des instances supérieures chargées de prendre des décisions, car elles éprouvent quelque peine à se déterminer sur l'utilité d'investir dans la santé mentale, étant donné qu'il n'est guère aisé non plus de prévoir quels en seront les effets. C'est pourquoi il est extrêmement difficile de les persuader de s'engager financièrement dans ce domaine.

Le projet de programme 10.2, malgré son peu d'ampleur, est extrêmement important, car il vise à cerner les difficultés. Le Dr Oldfield le juge cependant trop simpliste. Tous les objectifs qu'il comporte pourront-ils être atteints et quelle approche faudra-t-il adopter ? Le Dr Oldfield n'est pas certain que l'on dispose du personnel adéquat pour exécuter un tel programme, ni que l'on sache exactement de quel type de personnel on aura besoin. Il convient donc d'accorder une grande attention aux catégories de personnel dont il faut disposer pour délimiter le champ d'action. Enfin, le programme n'insiste pas suffisamment sur la prévention. Le Dr Oldfield est disposé à soutenir toutes les mesures préventives qui visent à améliorer la santé.

Le Dr ABDULLA rappelle que la question de l'abus de l'alcool et des drogues a été examinée à la Trente-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, mais qu'il n'a pas été possible d'adopter une résolution à ce sujet en raison de certaines pressions. En fait, si l'on veut parvenir à la santé pour tous d'ici l'an 2000, il faudra combattre l'abus de l'alcool. Les difficultés liées à cet abus sont bien connues et comprennent des effets adverses d'ordre économique et social, notamment sur la famille et la société. Les accidents de la circulation peuvent être pris en exemple, car 70 % d'entre eux sont réputés être dus à l'erreur humaine. Quel rôle l'alcool et les médicaments jouent-ils dans ces 70 % ? Les médicaments sont diffusés dans le monde entier à la suite de l'énorme développement des voyages; leur influence est profonde chez les jeunes, qui représentent l'avenir.

Il faut donc adopter une attitude positive et appliquer des mesures réalistes capables de donner des résultats concluants. En rappelant au Conseil que, pour combattre la pollution de l'environnement, des mesures restrictives ont parfois été prises à l'encontre de l'industrie, le Dr Abdulla suggère des mesures analogues à propos de l'alcool. Un premier pas pourrait être franchi en interdisant toute publicité nuisible; les fabricants ne doivent pas être autorisés à affirmer que leurs produits sont sans danger. Le Dr Abdulla réaffirme que cette situation constitue une menace à l'égard du monde entier, de l'OMS et de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

M. HUSSAIN dit que sa propre expérience se limite au domaine de l'abstinence à l'égard des boissons alcooliques - il connaît très bien un pays dans lequel 99 % de la population ignorent jusqu'à l'odeur de l'alcool. Il estime donc que les aspects positifs de l'abstinence n'ont peut-être pas été suffisamment soulignés.

Il s'agit certainement là d'une question délicate qui doit être abordée avec précaution. Dans une grande partie du monde, l'alcool représente pour certaines personnes une force sociale; des habitudes invétérées doivent donc être modifiées. La dépendance à l'égard de l'alcool se fait de manière insidieuse; on commence par de très faibles doses, selon une sorte de rite d'initiation; puis l'alcool devient un ami; et finalement un ennemi.

M. Hussain se déclare extrêmement reconnaissant à l'OMS de juger cette question suffisamment importante pour la prendre elle-même en main. A divers degrés, la consommation et l'abus de l'alcool sont devenus une maladie transmissible, qui se répand d'une société à l'autre, et d'un individu à l'autre. M. Hussain approuve les paroles éloquentes déjà prononcées à ce sujet.

Le Professeur MALEEV souscrit aux observations du Dr Abdulla et de M. Hussain. L'abus de l'alcool est effectivement l'un des principaux obstacles à la santé pour tous d'ici l'an 2000. C'est la raison pour laquelle la lutte contre l'abus de l'alcool doit figurer à l'ordre du jour de chaque Assemblée mondiale de la Santé.

Depuis plusieurs années, le Professeur Maleev a suivi attentivement le programme de santé mentale de l'OMS. Il a assisté à sa naissance et a constaté avec satisfaction qu'il a évolué conformément aux principes directeurs établis à l'époque et que des efforts considérables ont été faits pour mieux tenir compte des aspects préventifs des troubles mentaux, notamment l'abus de l'alcool et des drogues, et pour tenir compte d'autres facteurs liés aux groupes à haut risque et du stress.

Il importe en particulier que l'OMS ne considère pas la protection de la santé mentale comme l'apanage des seuls pays très développés, mais voue également son attention à la mise au point de nouvelles méthodes et à la formation de professionnels dans les pays en développement. Si le Professeur Maleev appuie le programme, c'est parce qu'il répond aux besoins de l'OMS.

Ayant examiné le contenu du paragraphe 6 (Aspects psychosociaux des soins de santé généraux) du programme 10.1 et du paragraphe 4 (Prévention et traitement des troubles mentaux) du programme 10.3, il souhaite poser les questions suivantes : Comment les programmes de santé mentale seront-ils intégrés en pratique aux systèmes de soins de santé primaires ? Existe-t-il des données pertinentes disponibles permettant à l'OMS de formuler des recommandations bien informées et confiantes aux pays à niveaux de développement socio-économique différents ? Plus précisément, quelle est la forme la plus efficace d'organisation des soins psychiatriques et quels sont les meilleurs moyens de prévention ? Les travaux de l'OMS dans ce domaine ne sont-ils pas à un stade préliminaire où il est difficile de formuler des affirmations ?

Le Dr NOGUER (suppléant du Dr Fuejo), tout en connaissant bien le problème en tant que consommateur de vin et whisky, n'est aucunement partisan de l'abus de l'alcool. Mais, pour placer le problème dans le contexte le plus large, il ne semble pas totalement surprenant que dans un monde dominé par le terrorisme, la violence et le chômage, l'on se tourne, particulièrement chez les jeunes, vers l'alcool et la drogue comme moyen d'évasion. Cet état de choses est aggravé par l'hypocrisie des gouvernements dont beaucoup autorisent la publicité pour l'alcool et d'autres produits au cinéma, à la radio et à la télévision et pour qui l'alcool est une importante source de revenus; certains gouvernements ont même participé au commerce de la drogue. Il faut donc proposer aux gouvernements d'agir conformément à la politique que l'OMS souhaite appliquer. Celle-ci s'applique à tous les types de régimes, quelle que soit leur politique; le problème se pose dans tous les pays du monde. Le Dr Noguer accepte qu'une résolution soit adoptée, mais elle doit être beaucoup plus ferme et préconiser l'interdiction de la publicité pour l'alcool et de l'utilisation de l'alcool comme source de revenus, ainsi que l'instauration d'un monde meilleur, avec moins de chômage et de violence.

Le Dr SARTORIUS (Directeur, Division de la Santé mentale) dit que la question de la prévention primaire de l'alcoolisme et des problèmes liés à l'alcool, soulevée par le Dr Borgoño, revêt une importance particulière. Il est heureux de pouvoir indiquer que le Comité consultatif mondial de la Recherche médicale a récemment examiné des propositions pour un programme élargi sur les sciences psychosociales et la santé mentale qui comportait aussi des activités spécialement consacrées à l'alcool. Il est prévu qu'un atelier se tiendra dans le courant de l'année pour élaborer un calendrier de recherche sur la prévention primaire de l'alcool, en mettant spécialement l'accent sur la jeunesse. Les chercheurs et les agents de santé publique partagent le souci du Dr Borgoño de mettre au point une stratégie de prévention en plus d'une stratégie destinée à soulager les problèmes actuels. Il en va de même des problèmes de la drogue où la situation n'est guère plus encourageante même si l'état des connaissances est peut-être un peu plus avancé.

En réponse au Dr Borgoño, au Dr Braga, au Professeur Maleev et à d'autres, sur la question des soins de santé primaires et l'introduction de la santé mentale dans le répertoire des agents de santé généraux à différents niveaux des soins de santé, le Dr Sartorius est en mesure d'indiquer que des progrès significatifs ont été réalisés. Depuis la recommandation d'Alma-Ata tendant à faire figurer l'encouragement de la santé mentale dans les soins de santé primaires, plusieurs projets ont été entrepris. Il est bien vrai, comme l'a dit le Dr Borgoño, que les interventions psychosociales ainsi que les soins de santé mentale ne peuvent partout être assurés par des spécialistes. On estime à quelque 300 millions le nombre des personnes souffrant de troubles mentaux ou neurologiques, ou de dépendance à l'égard de l'alcool ou de la drogue, alors que dans de nombreux pays du monde on ne compte pas plus d'un ou deux psychiatres pour un million d'habitants. Dans certains pays d'Afrique le taux est encore plus faible : un spécialiste pour 10 à 15 millions d'habitants. Il faut trouver les moyens de surmonter la pénurie de personnel qualifié. Au cours des cinq dernières années, l'OMS a réuni des informations et a procédé à des études portant sur sept pays en développement qui ont clairement montré qu'il était possible d'incorporer la santé mentale dans les soins de santé primaires. Des techniques simplifiées de diagnostic, d'appréciation et de traitement des troubles mentaux les plus graves ont été mises au point et se sont révélées applicables. Les coûts d'un tel traitement ont été évalués : par exemple le coût du traitement médicamenteux de

l'épilepsie est d'environ US \$1,6 par an et par épileptique et il existe également des moyens peu coûteux et efficaces de soigner d'autres maladies graves. Il convient de souligner que les techniques et le traitement sont appliqués, non par un apport de personnels nouveaux, mais par des personnels sur place formés au moyen de cours intensifs portant non sur tous les aspects de la santé mentale mais sur des problèmes précis que les agents de santé ont eux-mêmes identifiés. Sur la base des connaissances réunies jusqu'ici, l'OMS est en mesure de donner de bons conseils et de collaborer au développement des politiques nationales. L'application de la technologie de la santé mentale s'est révélée utile pour réduire les problèmes et accroître la satisfaction professionnelle des personnels de santé généraux.

En réponse à Mme Belmont, en ce qui concerne les problèmes liés à l'alcool, le Dr Sartorius indique que les discussions techniques et l'examen de la situation dans 80 pays qui les a précédées et sur lesquels des rapports détaillés ont été distribués, de même que des études subséquentes, ont démontré que les problèmes de l'alcool étaient graves et intéressaient le monde entier, qu'une action immédiate s'imposait et que les moyens de lutter contre ces problèmes existaient. Le Dr Hussain a eu parfaitement raison de parler de maladie transmissible à propos des problèmes de l'alcool; malheureusement la maladie ne se transmet par seulement de personne à personne, mais aussi de pays à pays.

Le Dr Adandé Menest a demandé comment étaient traités les problèmes de la santé mentale en Afrique. Le Secrétariat collabore étroitement avec le Bureau régional pour aider un groupe de pays qui entreprennent une action commune. Six pays africains ont constitué un groupe d'action en santé mentale. Le groupe a défini des priorités et a entrepris une action commune. Dans chaque pays, un groupe de coordination pour la santé mentale a été formé et se réunit régulièrement. Les Ministres de la Santé tiennent des réunions annuelles régulières pour lesquelles l'OMS sert de secrétariat. L'OMS a contribué à stimuler le soutien bilatéral dans la Région, en particulier le soutien à cinq pays, le Botswana, le Lesotho, la République-Unie de Tanzanie, le Swaziland et la Zambie. Quatre autres pays et un mouvement de libération ont récemment adhéré au groupe. D'autres pays africains s'efforcent également de mettre au point des programmes et des progrès importants ont été réalisés en collaboration avec l'OMS. Au Nigéria par exemple, un centre national de santé mentale est devenu un centre international d'une importance considérable; il est dû au fait que le Gouvernement souhaitait développer son programme de santé mentale et favoriser le développement dans d'autres pays; le Gouvernement contribue au programme du centre à concurrence de quelque 10 millions de naira. D'autres programmes débutent au Niger, en Mauritanie et ailleurs.

Certains des points soulevés par le Dr Reid sur l'alcool concerneront probablement l'avenir du programme en général. On estime que les travaux achevés jusqu'ici fourniront une base solide pour un effort international majeur destiné à soulager le problème sérieux de l'alcoolisme. A cet égard, le Dr Sartorius remercie le Dr Al-Awadi pour ses conseils et son aide au programme. L'on compte sur un soutien financier complémentaire des pays; il convient de rappeler que c'est grâce à l'aide extrabudgétaire que le programme a pu ainsi tant réaliser en deux ans, les ressources du budget ordinaire n'ayant pas été accrues au cours des dernières années. En ce qui concerne la mise au point de principes directeurs pour l'utilisation rationnelle des substances psychotropes, des efforts seront maintenus dans deux directions : premièrement pour trouver les moyens permettant aux pays de mieux se renseigner sur l'utilisation des substances psychotropes et mettre au point une meilleure législation dans le contexte des conventions internationales; deuxièmement pour développer le soutien à des pays déterminés en ce qui concerne l'utilisation rationnelle des substances. En 1976, une série de recommandations concernant l'utilisation des médicaments essentiels dans le domaine de la santé mentale a été mise au point; non seulement elles mentionnaient les médicaments mais elles recommandaient ceux qui devaient être disponibles à chaque niveau de soins. Ces recommandations sont appliquées dans plusieurs pays et l'on est en train de réunir des informations complémentaires. On espère ainsi combiner les travaux sur les aspects juridiques et normatifs de l'utilisation des substances psychotropes et les travaux sur l'utilisation rationnelle des médicaments dans le cadre de principes directeurs qui donneront des informations complètes aux pays.

Cela intéressera peut-être le Dr Oradean de savoir, en plus de ce qui a déjà été dit à propos de la santé mentale et des soins de santé primaires, que des ordinogrammes sont disponibles pour la formation des personnels de santé généraux à différents niveaux de même qu'une série d'autres instruments de formation dont l'efficacité a été démontrée. En ce qui concerne les objectifs modestes de l'un des programmes (10.3) il faut garder à l'esprit que l'intention n'est pas seulement de coopérer avec les pays en vue de l'introduction de programmes, mais de déterminer leur efficacité - une tâche qui demande beaucoup de temps et d'efforts. Il faut espérer qu'on pourra augmenter le nombre des pays où cela sera possible.

Le Dr Sartorius remercie le Dr Wang Lianshen pour ses suggestions concernant la priorité des programmes dont il sera tenu compte dans le cadre de la collaboration technique avec l'OMS instaurée dans plusieurs pays.

Il remercie le Dr Oldfield pour avoir fait observer que dans de nombreux pays la collectivité a pris conscience des problèmes de santé mentale avant les membres du corps médical. Plus récemment, les décideurs et les professionnels semblent être devenus plus conscients des problèmes de la santé mentale, des problèmes psychosociaux, de la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues, de la délinquance juvénile, de la criminalité et d'autres aspects liés au stress et sont disposés à intervenir. Dans cette situation, avec l'entière collaboration des pays, il faut sincèrement espérer que l'OMS sera en mesure de poursuivre son action en faveur du renforcement des programmes de santé mentale au niveau national.

Le DIRECTEUR GENERAL précise que si le Dr Al-Awadi souhaite que la résolution à laquelle il a fait allusion soit transmise à l'Assemblée de la Santé pour examen, les dispositions nécessaires seront prises afin qu'un projet soit élaboré et soumis à l'examen préalable du Conseil.

L'exemple du programme de lutte contre l'abus de l'alcool illustre bien le dilemme devant lequel est placé le Directeur général lorsqu'il cherche à se procurer des ressources. Le fait que les crédits affectés au programme au titre du budget ordinaire ne soient pas très élevés ne signifie pas que l'Organisation lui accorde peu d'importance. Mais étant donné les proportions qu'a pris ce problème dans tous les pays industrialisés, où l'on parle maintenant d'épidémie, il devrait être possible de mobiliser les ressources de ces pays en leur faisant comprendre qu'il est dans leur intérêt d'avoir recours à l'Organisation pour lutter contre ce problème. Compte tenu de ce qu'il sera sans doute plus difficile de mobiliser des ressources extrabudgétaires en faveur d'autres priorités, l'on doit tout faire pour mobiliser ces ressources là où cela paraît possible; l'absence de résultats concrets signifierait simplement que les pays concernés n'ont pas véritablement l'intention de s'attaquer à ce fléau. La question n'est cependant pas facile et comporte des aspects explosifs. Elle exige des pays intéressés qu'ils détachent à l'Organisation des consultants et du personnel hautement qualifiés chargés d'étudier ces problèmes qui dépassent largement les compétences normales de l'OMS. Si cette mobilisation des ressources n'a pas lieu, le Directeur général est prêt à faire des propositions précises au Conseil pour 1986-1987, puisque celui-ci serait apparemment disposé à attribuer au programme un degré très élevé de priorité. Dans l'intervalle, des efforts seront faits pour mobiliser l'épargne et pour trouver de nouvelles sources de financement. Il remercie le Dr Al-Awadi de lui avoir fait savoir que son pays et d'autres pays arabes étaient prêts à soutenir le programme.

Au cas où les membres du Conseil se mettraient d'accord sur l'interdiction de servir de l'alcool aux réceptions officielles du Conseil et de l'Assemblée de la Santé, leur opinion serait respectée.

Le Dr REID, tout en pensant, comme le Directeur général, que les pays qui considèrent l'alcoolisme comme un problème international grave devraient envisager d'apporter leur contribution financière au programme, suggère qu'il serait également bienvenu, étant donné le soutien qu'il accord au programme, que le Conseil lui-même invite le Directeur général à y apporter une contribution symbolique, comme amorce, au titre de son Programme pour le développement.

Le Dr ADANDE MENEST estime que l'abus de l'alcool contribue certainement à la détérioration de la santé mentale et comprend tout à fait le point de vue de ceux qui demandent la prise de mesures dissuasives. Mais l'alcool n'est qu'un facteur parmi d'autres. En Europe, en Afrique et ailleurs, les gens utilisent des substances pharmaceutiques pour se donner la mort, or rien n'est fait pour éliminer ces substances, alors qu'elles pourraient être considérées comme plus dangereuses que l'alcool car, à sa connaissance, personne ne se suicide en absorbant de l'alcool. Le problème de l'alcoolisme ne doit donc pas être considéré isolément.

En ce qui concerne le fait de servir des boissons alcoolisées lors des réceptions officielles, il estime qu'il s'agit là d'une question de conscience, d'éducation et de goût, autant que de respect d'autrui; personne n'est d'ailleurs obligé d'en consommer.

Il suggère qu'il pourrait être utile, dans le cadre des travaux du programme de santé mentale, de mettre à jour la publication de l'OMS intitulée : Troubles mentaux : glossaire et guide de classification en concordance avec la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies afin de faciliter l'accès à l'information et la compréhension des problèmes de santé mentale.

Le Dr AL-AWADI est d'accord avec la suggestion du Dr Reid. Etant donné que les membres du Conseil ont tous fait preuve d'intérêt pour cette question, il conviendrait de donner au Directeur général une preuve concrète, en quelque sorte, de cet intérêt.

Le Dr BORGONO, s'il accepte en principe la suggestion du Dr Reid, estime qu'il serait préférable de prendre une décision à la fin de la discussion car d'autres programmes, qui n'ont pas encore été abordés, pourraient bien également mériter un tel soutien.

Le Dr OLDFIELD dit que, d'après ce qu'il a compris, l'utilisation des fonds en question est laissée à la discrétion du Directeur général et que le Conseil n'a donc pas à prendre de décision à ce propos.

Le Dr REID confirme que son intention était bien de soumettre au Directeur général cette proposition, ainsi que toute autre, par ordre de priorité, à la fin de la discussion de ce point de l'ordre du jour.

Le Dr NOGUER (suppléant du Dr Fuejo), soutenu en cela par le Dr BORGONO et par le Dr DIAS, se déclare d'accord avec le Dr Adandé Menest pour laisser la liberté de servir de l'alcool ou d'autres boissons dans les réceptions.

Selon le Dr AL-AWADI, en revanche, les membres du Conseil exécutif de l'OMS feraient un geste significatif en proposant de faire l'économie des fonds destinés à l'achat de boissons alcoolisées pour les réceptions. Vraisemblablement, chacun serait alors libre d'amener ses propres boissons alcoolisées en de telles occasions.

Le Dr ABDULLA fait remarquer à ce propos qu'après tout il est bien interdit de fumer lors des réunions et qu'il n'y a donc pas de raison de ne pas prier le Directeur général d'interdire de servir des boissons alcoolisées lors des réceptions officielles ou bien de réduire de moitié la quantité de boissons alcoolisées consommées. Il se demande si l'on consommerait autant d'alcool lors de ces réceptions si les invités devaient payer leurs consommations.

Le Dr MAKUTO, tout en étant pleinement conscient des dangers de l'alcoolisme, se rallie au Dr Adandé Menest et au Dr BORGONO qui estiment qu'interdire de servir des boissons alcoolisées lors des réceptions ne servirait à rien. Cela ne ferait qu'encourager les invités, après une journée de réunions particulièrement ardue, à quitter la réception plus tôt pour aller prendre un verre ailleurs.

Le Dr AL-AWADI évoque le rôle symbolique du Conseil et l'exemple que l'OMS est censée donner, en matière de protection de la santé. Il rappelle l'historique de l'interdiction de fumer lors des réunions; il est désormais évident que cette interdiction n'a eu aucun effet néfaste sur la concentration des intéressés. Ayant lui-même donné des réceptions sans alcool, il peut assurer à l'orateur précédent que les invités ne partent pas plus tôt parce qu'on ne leur sert pas de boissons alcoolisées.

Le Conseil devrait donner des directives à ce sujet. Il préférerait ne pas avoir à voter mais est disposé à le faire si c'est nécessaire. Même si cela suppose un léger sacrifice personnel, il serait tout à fait favorable à ce que l'on interdise de servir de l'alcool lors des réceptions officielles et à ce qu'aucun crédit du budget ordinaire de l'Organisation ne soit en outre affecté à cette fin.

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) prie le Conseil de tenir compte de la proposition qu'il lui a soumise en ce qui concerne sa Région en vue de décourager la vente d'alcool et de tabac hors taxes, car il est important que les gouvernements ne donnent pas l'impression d'encourager la consommation de tabac et d'alcool en faisant faire aux consommateurs des économies non négligeables.

Le Dr BORGONO souligne l'importance qu'il y a pour le Conseil à faire preuve de logique dans ses décisions. L'interdiction des boissons alcoolisées proposée soulèverait la question de l'interdiction de fumer lors des réceptions officielles. Il estime que l'on en a assez dit sur ce sujet et qu'à un certain stade, les gens doivent s'en remettre à leur capacité de résistance.

M. JENNANE (suppléant du Professeur Rahhali) convient que les décisions individuelles sont souvent fondées sur des croyances personnelles mais se rallie à l'avis du Dr Al-Awadi, estimant que sa proposition peut sans aucun doute avoir un effet psychologique collectif, non pas tant sur le Conseil lui-même que sur l'ensemble de la communauté mondiale; quelle que soit la position adoptée par les membres du Conseil en dehors des réceptions officielles, une publicité bien orchestrée par les mass media pourrait produire un impact significatif sur l'opinion publique.

M. AL-SAKKAF soutient le Dr Al-Awadi car il estime que le Conseil, étant informé des effets adverses de la consommation d'alcool, devrait s'employer à protéger la santé.

Le Professeur ROUX craint que l'examen de la question ne suscite quelques confusions. Il tient à dire clairement qu'il soutient tout à fait le programme de l'OMS et le rapport dont il a fait l'objet et qu'il est même prêt à soutenir la proposition d'une résolution à l'Assemblée de la Santé. A son avis, il serait erroné de dissocier la question de la consommation d'alcool de son contexte culturel et socio-économique. Si des travailleurs boivent pour supporter des conditions de vie et de travail difficiles, le problème réside davantage dans ces conditions que dans l'accessibilité de l'alcool. En outre, le problème ne peut pas non plus être dissocié de la consommation de drogue, puisque dans certains pays, la consommation de drogues douces a tendance à contrebalancer toute diminution de la consommation d'alcool. Aussi y-a-t-il de nombreux aspects à prendre en considération et la question doit-elle faire l'objet d'une étude exhaustive. Le type de mesures proposées ne permettra pas nécessairement d'atteindre le but recherché; chacun sait quels ont été par le passé les effets de l'interdiction de la vente d'alcool dans un grand pays que nous connaissons.

Le comportement individuel en fonction de principes moraux et religieux n'est pas à négliger. Cependant, il est difficile de mettre en parallèle cette interdiction avec l'interdiction de fumer, car en fumant l'on peut effectivement incommoder ses voisins. La mesure proposée ne paraît pas tout à fait adéquate au Conseil; elle devrait être examinée à un autre niveau. Les pouvoirs publics s'efforcent de décourager la consommation d'alcool en augmentant les taxes sur celui-ci, ce qui a pour conséquence d'aggraver les charges financières qui pèsent sur les ménages; de leur côté, les autorités responsables ne sont pas mécontentes des revenus tirés de la consommation d'alcool.

Le Professeur Roux ne se rallie pas à la proposition considérée mais serait favorable à la soumission d'une résolution à l'Assemblée mondiale de la Santé, à condition que celle-ci ne traite pas uniquement de la consommation d'alcool mais la relie à d'autres facteurs pertinents.

Le PRESIDENT en déduit que les membres du Conseil sont d'accord sur le programme de lutte contre l'alcoolisme en tant que tel et que le seul point controversé est la proposition concernant les boissons alcoolisées servies lors des réceptions. Le Conseil doit donc décider de procéder ou non à un vote.

Le Dr AL-AWADI n'est pas partisan du vote qui ne servirait pas à grand-chose étant donné que la question doit être tranchée par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il s'estimerait satisfait si la question était ajournée jusqu'au moment où les discussions du Conseil seront présentées à l'Assemblée de la Santé.

Il en est ainsi décidé.

Promotion de la salubrité de l'environnement (programme 11)

Il n'y a pas d'observations.

Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation (programme 12)

Technologie clinique, radiologique et de laboratoire pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (programme 12.1)

Il n'y a pas d'observations.

Médicaments et vaccins essentiels (programme 12.2)

Le Dr NOGUER (suppléant du Dr Fuejo) demande, en faisant référence au paragraphe 3 sous l'intitulé "Plan d'action", quelles mesures ont été prises pour évaluer et développer la logistique de l'approvisionnement en médicaments au niveau du pays, qui constitue le principal moyen de fourniture des médicaments essentiels.

Le Dr WANG Lianshen (suppléant du Dr Xu Shouren) appuie vigoureusement le programme. Son pays a pris des mesures dans ce domaine et prépare actuellement un manuel sur les médicaments essentiels, qui représentent 60 % des dépenses nationales de santé. Il espère que l'on pourra coordonner le programme de l'OMS et les programmes sanitaires nationaux afin d'axer les activités sur les soins de santé primaires.

Le Dr SANKARAN (Directeur de la Division de la Technologie diagnostique, thérapeutique et de réadaptation) déclare, en réponse au Dr Noguer, que la logistique a donné lieu à une activité considérable depuis un an et que des conférences-ateliers ont été organisées au Kenya pour la Région de l'Afrique et à la Barbade pour l'ensemble des Caraïbes. Une réunion sera consacrée à cette question (y compris à la législation) en avril 1983, à Khatmandou (Népal), et une autre aura lieu, également en avril, pour les pays du Pacte andin, ce qui montre combien les bureaux régionaux cherchent à améliorer les mécanismes existants.

Qualité, sécurité et efficacité des médicaments et des vaccins (programme 12.3)

Le PRESIDENT attire l'attention sur deux documents d'information concernant ce programme et consacrés au don et à la transfusion du sang (document EB71/INF.DOC./1) et au code d'usages pour la collecte (par plasmaphérèse) et le traitement du plasma humain destiné à la production (EB71/INF.DOC./2).

Le Dr BORGONO souligne l'importance considérable de ce programme, car tout le monde reconnaît que la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des vaccins sont absolument essentiels pour les programmes de santé.

Il prend note des efforts accomplis pour augmenter légèrement le montant affecté au programme au titre du budget ordinaire, mais constate que les ressources extrabudgétaires ont très sensiblement baissé, bien qu'un comité du Conseil sur les médicaments essentiels ait souligné l'importance de l'ensemble de ce problème. Il considère qu'il faudrait poursuivre l'action entreprise en cherchant à développer au maximum la coopération entre les pays et en formant un personnel capable d'évaluer au niveau local la qualité des produits utilisés et ne se fiant pas uniquement aux certificats des laboratoires. En outre, il faudrait encourager la recherche sur les vaccins afin d'en améliorer tant la qualité que la stabilité, et l'échange d'informations entre pays pour faire rapidement connaître tout effet indésirable et interrompre l'utilisation d'un médicament ou d'un vaccin.

Il faut espérer que les pays et les institutions internationales fourniront un appui encore plus important au programme.

Le Dr BRAGA considère que les deux documents d'information traitent de graves problèmes que le Brésil s'efforce dans toute la mesure possible de résoudre.

Il attire l'attention sur les informations importantes contenues dans le N° 626 de la Série de Rapports techniques de l'OMS, qui fait référence à la protection de la santé des donneurs de sang, et souligne la nécessité de respecter lors du stockage les bonnes pratiques de production et le contrôle de qualité. La collecte, le fractionnement, le contrôle de qualité et les utilisations du sang et des produits sanguins est également une publication particulièrement utile.

Il est fermement convaincu que les autorités sanitaires nationales doivent rester responsables de la santé de la communauté, en se fondant sur les recommandations de l'OMS. Les aspects éthiques du commerce du sang sont du ressort des pays, et il espère que l'OMS formulera des recommandations pour les aider. Il pense que l'Organisation est allée aussi loin qu'elle le pouvait en diffusant de la documentation et des publications, comme à l'occasion des discussions du Conseil, étant donné que la situation est extrêmement délicate et complexe.

Le Professeur ROUX fait référence au paragraphe 18, ainsi qu'au document sur le code d'usages pour la collecte (par plasmaphérèse) et le traitement du plasma humain destiné à la

production (document EB71/INF.DOC./2) qui suggère qu'il est douteux que cette question reçoive toute l'attention voulue à la présente session du Conseil exécutif. Il appuie la proposition contenue dans ce document en vue de la soumettre à un examen plus poussé à la soixante-treizième session en janvier 1984 et d'établir un rapport par la suite. La plasmaphérèse ne fait pas l'unanimité en raison des problèmes éthiques qu'elle pose et des problèmes pour les donneurs. La position que l'OMS a choisi d'adopter influera profondément sur l'évolution, peut-être irréversible, de la situation. On sait que certaines sociétés, qui s'intéressent également à la production de reins artificiels, étudient la possibilité de mettre au point les matériels nécessaires à la plasmaphérèse, étant donné la similitude des mécanismes qui interviennent. Il prie vivement le Conseil de formuler des recommandations avec la plus extrême prudence, et préférerait que cette question soit étudiée en détail lors d'une prochaine session du Conseil.

Le Dr FAICH déclare que les recommandations sont en accord avec les mesures prises dans le pays qu'il connaît le mieux. Il convient avec le Dr Braga que l'OMS a un rôle très important à jouer et doit fournir aux pays Membres des informations sur les moyens d'obtenir du sang et des produits sanguins, mais il ne pense pas que l'Organisation doive faire plus que distribuer les deux documents d'information. La création d'un autre comité ad hoc ne serait pas nécessairement bénéfique. Les documents expriment clairement la nécessité d'élaborer des politiques nationales pour assurer la sécurité des donneurs et des receveurs de produits sanguins.

Le Dr SAVEL'EV (conseiller du Professeur Isakov) pense comme le Professeur Roux que cette question doit être étudiée en détail et sans précipitation. Il convient avec le Dr Faich que la création d'un comité spécial ne constitue pas le meilleur moyen de résoudre le problème. Il existe déjà une pratique établie pour réunir des comités d'experts quand cela est nécessaire, et il suggère donc de demander au Secrétariat d'organiser une réunion d'experts dans le cadre des programmes existants. Le Conseil examinera le rapport de cette réunion et le transmettra, avec ses observations, à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr OLDFIELD déclare que cette question l'intéresse parce que la partie du monde dont il vient a souffert par le passé des mauvaises pratiques concernant les transfusions sanguines. Le plasma a été exporté vers les pays développés sans que l'on accorde la moindre attention aux effets de la plasmaphérèse sur la santé des individus. Aucun code d'éthique n'a régi cette pratique et le besoin d'une réforme s'est fait douloureusement sentir. Il est heureux de déclarer que ce problème est maintenant résolu. Il y a quelques années, devant la Société internationale de Transfusion sanguine, réunie à Helsinki, il avait attiré l'attention sur les dangers de la plasmaphérèse pour les populations sous-alimentées. La vive réaction entraînée par l'abus de cette méthode a été bénéfique puisqu'elle a en fin de compte permis d'aboutir à une réforme. L'OMS, en collaboration avec la Croix-Rouge et la Société internationale de Transfusion sanguine a mieux fait comprendre quels sont les moyens nécessaires pour créer un service de transfusion sanguine et comment garantir la santé du donneur et du receveur.

Il reste cependant encore beaucoup à faire dans les pays en développement pour que la transfusion ne présente pas de danger pour la population et afin d'assurer la gratuité des dons du sang à ceux qui en ont besoin. Il est essentiel de rédiger des codes d'usages, et le Dr Oldfield ne pense pas, contrairement au Dr Faich, qu'il suffit de communiquer les documents d'information aux différents pays. Cette question doit être étudiée plus en détail, et il est favorable à la création d'un comité ad hoc à cette fin.

Le Dr NAKAJIMA (Directeur régional du Pacifique occidental) dit que le document EB71/INF.DOC./2 est arrivé tard au Bureau régional et qu'il ne l'a pas encore étudié avec soin. Il craint toutefois que certaines des dispositions du projet de code d'usages ne soit contraire à certaines législations nationales actuelles sur les produits sanguins, du moins dans sa Région. Par exemple, au paragraphe 1 de la partie I, le terme "volontaire" est expliqué par une note faisant référence au Petit Robert, mais dans certaines langues de la Région on pourrait considérer que la définition de ce mot entre en contradiction avec les dispositions du paragraphe 3 relatif à la rémunération des donneurs. Il n'est pas sûr que la création d'un comité ad hoc ou le renvoi devant le Comité régional soit le meilleur moyen de résoudre ce problème, mais il souhaite cependant exprimer sa préoccupation.

Le Dr AL-AWADI déclare qu'il serait sage de charger les Régions de l'examen de cette question, si cela n'a pas été déjà fait. On pourrait créer un comité ad hoc qui ferait rapport

à une prochaine session du Conseil. Il est important que chacun puisse participer au processus de consultation sur une question pour laquelle les pratiques et les codes d'éthique varient aussi largement.

Le DIRECTEUR GENERAL appuie la suggestion du Dr Al-Awadi selon laquelle cette question devrait d'abord être examinée par les Régions afin de disposer d'une solide base d'informations. Ce point pourrait être examiné par le Comité du Programme du Conseil exécutif, et il veillerait que ce comité dispose d'avis d'experts.

Il en est ainsi décidé.

Médecine traditionnelle (programme 12.4)

Il n'y a pas d'observations.

Réadaptation (programme 12.5)

Il n'y a pas d'observations.

Lutte contre la maladie (programme 13)

Vaccination (programme 13.1)

Le Dr FAICH dit que le programme élargi de vaccination mérite une approbation sans réserve. Ce programme est bien structuré et bien géré et étroitement coordonné avec les soins de santé primaires, et il définit en termes quantitatifs des buts accessibles.

Lutte contre les vecteurs de maladies (programme 13.2)

Le Dr NOGUER (suppléant du Dr Fuejo) demande des éclaircissements sur les buts du programme et la manière dont ils seront coordonnés. Pour 1989 on a fixé un but concernant la moitié des pays les plus gravement touchés par le paludisme par exemple, mais il ne comprend pas comment d'où vient ce chiffre puisqu'on indique en même temps qu'en 1986 la majorité des pays touchés ou menacés par le paludisme auront élaboré des programmes de lutte contre les vecteurs, qui est un des moyens de prévenir le paludisme. (Pour les autres maladies à vecteurs, la contradiction semble encore plus manifeste, et le Dr Noguer ne prend le paludisme que comme exemple.) Par conséquent, si le but est qu'en 1989 le taux annuel de morbidité palustre soit inférieur à 1 %, il faudra que tous les pays et non seulement la moitié d'entre eux aient lancé des campagnes antivectorielles, puisque ce but de 1 % ne pourra être atteint au seul moyen des médicaments, de la prophylaxie et des traitements.

Le Dr GRATZ (Directeur de la Division de la Biologie des Vecteurs et Lutte antivectorielle) dit que l'objectif du programme est d'assurer qu'en 1989 au moins 50 % des pays gravement touchés par des maladies transmises par les vecteurs aient acquis les moyens d'élaborer, d'exécuter et d'évaluer de manière autonome des stratégies de lutte antivectorielle. Cela ne signifie pas forcément que ces pays seront capables d'interrompre la transmission de ces maladies, mais qu'ils auront au moins mis en place des services de lutte antivectorielle, y compris la formation d'entomologistes et de chimistes spécialistes des pesticides, la création de laboratoires d'analyse des pesticides et la formation à l'emploi du matériel d'application des pesticides, le tout en étroite collaboration avec les services de l'environnement et les autres services de santé. Les pays devraient être capables d'assurer un assainissement urbain suffisant pour empêcher la reproduction des vecteurs dans les villes et de faire en sorte que les projets de développement agricole n'entraînent pas une prolifération de vecteurs. Le service de lutte antivectorielle devrait collaborer avec les services épidémiologiques en vue d'interrompre la transmission des maladies ou en tout cas de la réduire suffisamment pour qu'elle ne constitue plus un problème économique ou de santé publique grave. Un effort considérable de formation d'entomologistes est en cours dans toutes les régions d'endémie et le Dr Gratz est optimiste quant à la possibilité d'atteindre le but.

Paludisme (programme 13.3)

Le Dr FAICH est très inquiet car, à son avis, le budget n'insiste pas assez sur la recherche appliquée sur le terrain, compte tenu du fait que de nouvelles souches de paludisme résistantes à la chloroquine apparaissent constamment. Il aimerait savoir quelles sont les dispositions prises pour cette recherche dans le tableau des engagements de dépenses pour les activités mondiales et interrégionales qui figure aux pages 235 et 236.

Le Dr SAVEL'EV (conseiller du Professeur Isakov) dit qu'il y a une contradiction dans les chiffres donnés au paragraphe 3 de la page 219, puisqu'il est indiqué que le paludisme touche environ 150 millions de personnes par an, alors qu'en Afrique tropicale seulement il est la cause d'environ un million de décès. Le Dr Savel'Ev tient à exprimer son inquiétude et reprend à son compte la question du Dr Faich.

Le Dr NAJERA-MORRONGO (Programme d'Action antipaludique) répond au Dr Faich que la recherche sur le terrain dans le cadre du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les maladies tropicales (TDR) comporte une composante paludisme qui est coordonnée par le programme d'action antipaludique. Le programme antipaludique comporte des activités de promotion et d'appui visant à développer les capacités nationales de recherche sur le terrain, qui sont principalement axées sur la définition des problèmes et la recherche de solutions. Quand ces problèmes exigent la mise au point de programmes de recherche spécifiques, on s'adresse à la composante du TDR.

Pour d'autres aspects, comme la lutte intégrée, le programme d'action antipaludique fait beaucoup appel à la Division de la Biologie des Vecteurs et Lutte antivectorielle et à son programme concernant la résistance aux insecticides. Le tableau mixte d'experts OMS/FAO/PNUE de l'aménagement de l'environnement pour la lutte antivectorielle contribue aussi à la définition et à la résolution des problèmes. Au sujet de la résistance des parasites, outre la réunion d'un comité d'experts en 1985 qui a déjà été évoquée, il est prévu de convoquer un groupe scientifique sur la chimiothérapie du paludisme et notamment sur les antipaludiques susceptibles de remplacer la chloroquine (projet MAL 105). Les recherches à l'appui de ces activités seront à nouveau financées par le programme de chimiothérapie du paludisme, qui est un autre élément du programme TDR/paludisme.

Le Dr Noguer a parlé d'une apparente contradiction entre les buts du programme antipaludique et ceux du programme de lutte antivectorielle. Le but pour 1986, à savoir que la plupart des pays où le paludisme existe aient établi des programmes de prévention et de lutte, ne renvoie pas spécifiquement au programme de lutte antivectorielle, mais à des programmes qui font partie de la stratégie d'ensemble récemment définie. Cette stratégie comporte, comme première variante tactique, la réduction et l'enraiment de la mortalité et comme deuxième variante la protection de certains groupes présentant un risque particulièrement élevé, dans la perspective d'un commencement de réduction de la morbidité. Ces deux variantes feront davantage appel à la chimiothérapie qu'à la lutte antivectorielle.

Le deuxième but, c'est-à-dire qu'en 1989 tous les pays ayant mis en oeuvre des programmes nationaux de lutte ou d'éradication aient très sensiblement réduit la morbidité palustre, ne concerne que les pays qui seront capables d'un tel effort. Certains pays impaludés pourraient ne pas avoir dépassé en 1989 le stade de la coordination des activités intervenant dans les deux premières variantes tactiques, qu'ils devront maîtriser avant de pouvoir entreprendre une action plus intensive.

Le Dr NAKAJIMA (Directeur régional pour le Pacifique occidental) dit que les recherches régionales sur le terrain pour l'évaluation et la surveillance des souches de Plasmodium falciparum résistantes à la chloroquine étaient en grande partie entreprises avec l'appui des subventions de recherche du TDR. Le programme de recherche sur le paludisme de la Région du Pacifique occidental est un exemple représentatif de ces travaux de terrain. Le service antipaludique des Philippines commence actuellement, avec l'appui de l'OMS, à produire des trousseaux de tests in vitro pour la recherche des souches de paludisme résistantes à la chloroquine.

Le Dr KO KO (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) estime que ce programme est particulièrement bien exécuté par l'OMS seule ou en collaboration avec des organismes bilatéraux. Une approche intégrée a été adoptée et des recherches opérationnelles sont en cours dans divers

pays dont l'Inde, la Birmanie et la Thaïlande. A l'aide des trousse de tests mentionnées précédemment, on étudie et on surveille de très près la résistance des parasites à la chloroquine dans tous les pays où il existe des problèmes de résistance. La situation de l'Asie du Sud-Est du point de vue du paludisme est assez bonne, mais le risque de nouveaux revers dans la lutte antipaludique est très réel. Outre la résistance multiple des moustiques aux insecticides, on note une certaine résistance des parasites du paludisme non seulement à la chloroquine mais aussi à des médicaments plus récents tel que le Fansidar. On surveille attentivement l'évolution de la situation. Heureusement, le programme a réussi à obtenir à l'avance des ressources extrabudgétaires qui dépassent de beaucoup le financement ordinaire; cependant, on aura besoin à l'avenir d'un appui plus soutenu et plus prolongé des institutions bilatérales et autres pour pouvoir continuer à travailler de manière aussi fructueuse qu'actuellement.

Le Dr ACUÑA (Directeur régional pour les Amériques) estime aussi que la qualité des travaux en cours dans les Amériques est "assez bonne"; il y a davantage de cas, on dépense davantage d'argent, des ressources accrues sont disponibles pour les programmes, mais la vérité est que l'éradication du paludisme n'est pas encore à la portée de la main. On intensifie les recherches sur les médicaments, les parasites et les vecteurs, mais le problème ne cesse de s'aggraver. On est ainsi arrivé à une impasse. On dit qu'il faudrait intégrer les services antipaludiques aux services horizontaux de soins de santé primaires pour obtenir en quelque sorte une "masse critique" de personnels, de ressources et, éventuellement, d'éducation sanitaire du public afin d'assurer une détection rapide, et entreprendre des activités plus appropriées, de caractère permanent et de type non vertical. Cependant, le Dr Acuña a l'impression que ce qui manque, c'est une gestion plus active et plus soignée des programmes.

Le problème est très complexe et difficile et le programme antipaludique a perdu une grande partie de l'appui politique dont il bénéficiait il y a quelques années quand on pensait encore pouvoir éradiquer le paludisme dans des délais assez brefs. C'est pourquoi il faut rajeunir et réexaminer ce programme dans sa conception et son exécution, et le modifier, mais le Dr Acuña ne peut pas encore dire dans quel sens. Si on poursuit dans cette voie, avec des ressources identiques, même à supposer qu'on puisse produire un vaccin, le problème du paludisme restera entier en l'an 2000 et au-delà. Le Dr Acuña ne voit guère de raisons d'espérer, du moins tant qu'il n'y aura pas de changement dans les stratégies et les approches adoptées. Il s'agit d'un problème que le Conseil doit examiner de manière approfondie pour trouver, si possible, des solutions plus radicales.

Le Dr NAJERA-MORRONGO (Programme d'action antipaludique) dit que l'essentiel de la nouvelle stratégie de lutte antipaludique réside dans la réorientation des activités antipaludiques. Malheureusement, comme il est indiqué au paragraphe 7 de l'exposé du programme, cette réorientation réclame une transformation fondamentale des attitudes, de la part non seulement des agents de lutte antipaludique, mais aussi des personnels de santé en général. L'influence de l'époque où le paludisme était considéré comme un problème isolé, plutôt que comme un élément du problème global de la santé dans chaque pays, persiste encore et de nombreux pays conservent des services qui ont été organisés dans cet esprit. Le problème de la nouvelle stratégie est de savoir comment intégrer à l'action sanitaire en général des mesures appropriées de lutte antipaludique.

L'ancienne méthode verticale de lutte antipaludique a eu une autre conséquence grave, à savoir la pénurie actuelle d'épidémiologistes du paludisme et c'est pourquoi le programme insiste beaucoup sur la formation qui devrait non seulement diffuser les connaissances spécialisées nécessaires pour l'évaluation et la planification des activités antipaludiques, mais aussi donner aux personnels de santé non spécialisés les connaissances paludologiques dont ils auront besoin. Tout le programme vise à obtenir ce changement d'attitude et à faire adopter une approche épidémiologique dans la lutte antipaludique. L'ancienne démarche, qui cherchait à éradiquer la maladie par une stratégie unique, fondée essentiellement sur l'épandage d'insecticide, faisait appel à une distinction purement qualitative entre régions impaludées et non impaludées. La nouvelle approche épidémiologique quantifiera le problème et permettra une concentration des efforts sur les régions où les mesures antipaludiques sont le plus urgentes. La formation jouera un rôle important dans cet effort ainsi que dans la mise au point de l'indispensable programme de recherche sur le terrain.

La séance est levée à 18 h.

= = =