



CONSEIL EXECUTIF

Quatre-vingt-neuvième session

PROCES-VERBAL PROVISOIRE DE LA SIXIEME SEANCE

Siège de l'OMS, Genève
Mercredi 22 janvier 1992, 14 h 30

Président : Professeur O. RANSOME-KUTI
puis : Dr P. CABA-MARTIN

Table des matières

	Pages
1. Nomination d'un représentant du Conseil exécutif au Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires	2
2. Mise en oeuvre des résolutions (rapports de situation du Directeur général) :	
Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux à l'appui de la stratégie de la santé pour tous	2
Promotion de la santé, information du public et éducation pour la santé	6
Prévention de l'invalidité et réadaptation	10

Note

Le présent procès-verbal n'est que provisoire. Les comptes rendus des interventions n'ont pas encore été approuvés par les intervenants 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 14 mars 1992.

Le texte définitif paraîtra ultérieurement dans le document EB89/1992/REC/2 : Conseil exécutif, quatre-vingt-neuvième session : Procès-verbaux.

SIXIEME SEANCE

Mercredi 22 janvier 1992, 14 h 30

Président : Professeur O. RANSOME-KUTI
puis : Dr P. CABA-MARTIN

1. **NOMINATION D'UN REPRESENTANT DU CONSEIL EXECUTIF AU COMITE MIXTE UNICEF/OMS DES DIRECTIVES SANITAIRES**

Le PRESIDENT note que le membre représentant la Région du Pacifique occidental est dans l'impossibilité d'assister à la prochaine réunion du Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires et propose de nommer le Dr Lu Rushan membre dudit Comité.

Décision : Le Conseil exécutif nomme le Dr Lu Rushan membre du Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires en remplacement du Dr A. R. A. Bengzon.

2. **MISE EN OEUVRE DES RESOLUTIONS (RAPPORTS DE SITUATION DU DIRECTEUR GENERAL) : Point 8 de l'ordre du jour**

Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux à l'appui de la stratégie de la santé pour tous (résolution WHA42.27; document EB89/13)

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA dit que tout le monde s'accorde à reconnaître la contribution du personnel infirmier aux services de santé, mais que des problèmes considérables subsistent, en particulier en ce qui concerne la contribution que ce personnel devrait apporter à la prise de décisions à tous les niveaux; sa participation à l'élaboration des politiques est indispensable pour assurer l'utilisation optimale des ressources disponibles. Il pourrait être utile de créer un groupe spécial pluridisciplinaire en vue de la mise en oeuvre des recommandations formulées dans la résolution. Le Dr Violaki-Paraskeva déplore que, comme l'indique le tableau qui suit le paragraphe 65 du rapport, il existe dans l'Organisation un certain nombre de vacances de postes intéressant le personnel infirmier.

Le Dr Caba-Martin assume la présidence.

Le Professeur BORGONO dit que le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux à l'appui des stratégies de la santé pour tous a fait relativement peu de progrès. En outre, les pays dont le rôle est fondamental à cet égard n'ont pas pris les mesures qui s'imposaient. Les soins infirmiers comportent des tâches complexes et multiples dont certaines ont un caractère gestionnaire de plus en plus marqué. Dans un pays comme le sien, la pénurie de personnel infirmier est essentiellement due à l'absence de structures de carrière et à l'insuffisance de la rémunération; après avoir suivi une formation, qui représente un investissement considérable de la part du pays, les infirmières sont nombreuses à quitter la profession. Il faut donc améliorer la formation et il faut aussi que les pays aient la volonté politique d'améliorer les conditions et de rendre la profession plus attrayante.

M. VARDER estime que le rapport ne présente que peu d'informations factuelles sur ce que l'OMS a réalisé au niveau du Siège et au niveau régional pour mettre en oeuvre la résolution et ne renferme aucun plan concret de développement futur. Il serait regrettable que cela indique un fléchissement de l'intérêt porté aux soins de santé primaires et à l'engagement à l'égard de ces soins. Pour quelles raisons l'OMS emploie-t-elle moins d'infirmières en 1991 qu'en 1989 et pour quelles raisons certains postes restent-ils vacants ? Les soins infirmiers et obstétricaux sont d'une importance vitale pour les soins de santé primaires, mais l'attention ne doit pas se porter exclusivement sur les besoins d'un groupe professionnel particulier; tout au contraire, on devrait s'efforcer d'abord d'évaluer les besoins de soins de santé d'une population donnée; après quoi on examinerait la question des professions et des niveaux du système de soins de santé qui seraient le mieux à même de répondre à ces besoins. Il conviendrait donc de réviser le rapport.

Le Dr SAVELIEV (conseiller du Dr Kosenko) dit qu'une grande activité a été déployée en vue de la mise en oeuvre de la résolution à l'étude mais qu'à ce jour les réalisations ont été limitées, en partie parce que la résolution n'a été adoptée que relativement récemment et en partie parce qu'elle définit des objectifs très vastes qui exigent des investissements financiers considérables, que beaucoup de pays ne peuvent pas se permettre. Son pays est lui aussi confronté à des difficultés, s'agissant de trouver des fonds pour renforcer les soins infirmiers et obstétricaux. Un autre problème se pose, à savoir qu'il faut cesser de considérer les infirmières comme des subordonnées des médecins. Par ailleurs, il y a pénurie d'enseignants qualifiés de soins infirmiers possédant une expérience pratique de ces soins et des problèmes qui s'y rapportent. Son pays a toutefois maintenant décidé d'ouvrir la première faculté d'enseignement supérieur destinée au personnel infirmier. Le Dr Saveliev s'inquiète de constater, d'après le tableau qui suit le paragraphe 65 du rapport, que le nombre d'infirmières occupant des postes de gestion au sein de l'Organisation est inférieur aux prévisions.

Pour M. AL-SAKKAF, le rapport traite d'un aspect des ressources humaines qui est très important et même capital pour faire de la santé pour tous une réalité. Le nombre d'infirmières et de sages-femmes recrutées dans la Région de la Méditerranée orientale est insuffisant, ce qui a des répercussions négatives sur les services de santé. Si l'on veut que la situation s'améliore, il faudrait étudier les raisons de la diminution des effectifs de la profession et examiner les moyens d'attirer davantage de candidats.

Le Dr SARR déclare qu'en Afrique et, d'une manière générale, dans les pays en développement, l'activité infirmière est la cheville ouvrière de la politique de santé. Au Sénégal, 75 à 80 % de la population vivent dans des zones rurales où le personnel infirmier est généralement l'unique prestataire de soins médicaux et, en outre, est responsable de la promotion de la participation communautaire aux soins de santé. Puisque le personnel initialement formé pour fournir des soins curatifs devient de plus en plus fréquemment gestionnaire de programme, il convient de renforcer sa formation, ce qui se fait peu à peu. En attendant, il se pose un problème de motivation pour que le personnel infirmier reste en poste malgré l'augmentation de sa charge de travail.

Le Dr GEORGE-GUITON (suppléant du Professeur Girard) déclare qu'en France, comme en Afrique, la profession infirmière est la cheville ouvrière du système de soins de santé. Les infirmiers et infirmières travaillent dans les hôpitaux mais dispensent également des soins ambulatoires et de plus en plus des soins à domicile. Dernièrement, on a assisté en France à d'importantes manifestations d'infirmières qui protestaient contre une charge de travail excessive et une rémunération insuffisante. Cela a conduit le Gouvernement français à adopter des réformes, dont l'une a consisté à établir un tronc commun de formation en soins infirmiers généraux, après lequel plusieurs types de spécialisation sont proposés, alors que jusqu'ici on avait un diplôme distinct pour la psychiatrie et pour les soins infirmiers généraux.

Aujourd'hui, les infirmières sont appelées non seulement à dispenser des soins préventifs et curatifs mais aussi à remplir des fonctions gestionnaires et à jouer le rôle de leaders. La profession doit donc être associée à la prise de décisions en santé publique. Aux termes d'une loi récente, les infirmières françaises occupent désormais des postes de conseil auprès des organes de décision, depuis l'hôpital jusqu'aux échelons régionaux et ministériels.

Les infirmières jouent également un rôle important dans la recherche et ont le sentiment que cet aspect de leur travail a été négligé. La loi adoptée en France récemment vise à remédier à cette situation.

Le Dr George-Guiton estime, comme les orateurs précédents, qu'il faudrait accroître le nombre d'infirmières parmi le personnel de l'Organisation à tous les niveaux.

Le Dr MASON convient également que les soins infirmiers sont une ressource capitale dans toute stratégie gouvernementale pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. Néanmoins, le rapport ne fournit pas d'informations suffisantes sur les mesures précises prises ou les crédits fournis par l'OMS en application de la résolution depuis son adoption. Il aurait souhaité être informé de ce qui avait été fait pour aider les Etats Membres à renforcer, planifier, mettre en oeuvre et évaluer les éléments soins infirmiers et obstétricaux des programmes de santé nationaux, des priorités pour les années à venir et, compte tenu de la pénurie de personnel à l'unité des soins infirmiers, de l'étendue de sa collaboration avec d'autres programmes de l'OMS dotés d'un élément de soins infirmiers. Ces informations supplémentaires devraient figurer dans le rapport présenté à l'Assemblée de la Santé de sorte que l'on puisse évaluer convenablement la mise en oeuvre de la résolution et les mesures nécessaires pour renforcer l'appui aux soins infirmiers et obstétricaux dans les Etats Membres.

Le Dr KOMBA-KONO déclare qu'en Sierra Leone les infirmières ont toujours été appelées à assumer des fonctions de leadership. Le problème à l'heure actuelle tient au fait que les infirmières quittent le pays en

très grand nombre pour partir travailler à l'étranger et qu'elles ne reviendront que si des conditions satisfaisantes leur sont proposées. La situation est encore plus grave dans le cas des infirmières spécialisées, très demandées à l'étranger, même dans les pays industrialisés. Si l'on n'arrête pas cette hémorragie de personnel infirmier en améliorant les conditions de travail des infirmières et grâce à une coopération bilatérale entre les gouvernements concernés et l'OMS, les services de soins de santé primaires en souffriront directement.

Le **PRESIDENT**, s'exprimant à titre personnel et constatant avec inquiétude que les infirmières sont rarement associées à la prise de décisions, est heureux d'apprendre qu'en France la situation est en train de changer. Il faudrait effectuer une analyse approfondie de la profession d'infirmière si l'on veut trouver des solutions aux problèmes actuels; le rapport est incomplet à cet égard. Dans de nombreux pays, la pénurie d'infirmières constitue un problème majeur. La situation des infirmières est liée à de nombreux facteurs qui varient selon les pays et l'époque et cette diversité rend les généralisations difficiles, qu'il s'agisse du niveau de formation ou de la nature des soins infirmiers. La profession infirmière est considérée comme une profession féminine, exigeant davantage d'action que de réflexion, accessoire et subordonnée à la médecine. La plupart des pays ne dispensent pas de formation en soins infirmiers au niveau universitaire. Des problèmes se posent du fait que les décisions relatives au rôle des soins infirmiers en matière de santé et la politique de l'éducation sont adoptées sans que la profession n'ait un droit de regard, ce qui entraîne un mécontentement général parmi les infirmières et les pousse à abandonner la profession. Des problèmes se posent également en ce qui concerne la formation des infirmières, trop pratique et trop axée sur la pathologie. Les infirmières ne participent pas assez à la formation des infirmières; elles ont du mal à obtenir des postes d'enseignement en soins infirmiers. Dans de nombreux pays, les fonctions d'infirmières ne sont pas précisément définies. Elles ont des horaires inhumains et sont mal payées. Elles manquent également d'incitation pour perfectionner leurs compétences. Il faudrait donc établir une série d'objectifs visant à revaloriser la profession infirmière et à permettre aux infirmières et aux infirmiers de participer plus activement à la gestion et à la prise de décisions, ainsi qu'à l'élaboration des politiques en matière d'éducation sanitaire. La formation en soins infirmiers devrait également être assurée au niveau universitaire et les programmes d'étude devraient être adaptés aux objectifs sanitaires et de nature à faciliter l'intégration des infirmières dans les stratégies nationales de la santé pour tous. De plus, la rémunération devrait correspondre aux conditions de travail et aux conditions régionales. Les fonctions de l'infirmière doivent être définies; celles-ci devraient être représentées dans les institutions, ou bien leur représentation devrait être élargie, et leur pouvoir de décision accru.

Le **Dr BUNNI** estime que la situation des soins infirmiers et obstétricaux dans la Région de la Méditerranée orientale est très préoccupante. Bien que le problème de la rémunération soit important, ce n'est pas le seul facteur en cause. En Iraq, des mesures ont été prises pour attirer autant d'infirmières et de sages-femmes que possible. Des écoles et des établissements de formation ont été créés, des bourses instituées, mais de nombreuses infirmières ont quitté la profession. La désorganisation de la vie familiale en est une raison. Les infirmières et sages-femmes ont souvent des horaires de travail inhumains, qui rendent leur vie familiale difficile. Les hommes ne choisissent pas la profession d'infirmier car la tradition dans la Région veut que la profession corresponde davantage aux femmes. Une étude visant à déterminer pourquoi il est si difficile de recruter dans la profession et de retenir le personnel serait extrêmement utile. Peut-être le Conseil exécutif pourrait-il exécuter une telle étude ou créer un comité sur la question.

Le **Dr MARGAN** approuve le contenu du document mais a des doutes sur la façon dont la situation des agents de santé les plus dévoués pourrait être améliorée. Chacun sait que les infirmières et les sages-femmes font un travail remarquable et que ce travail et leur place dans les systèmes de santé ne sont pas suffisamment reconnus. Des décisions d'ordre général ne modifieront pas substantiellement leur statut. Selon lui, dans le dispositif de la résolution WHA42.27, il aurait fallu insérer un paragraphe supplémentaire priant le Directeur général d'organiser une table ronde sur le sujet de la résolution. Cela aurait pu donner la possibilité d'élaborer d'autres solutions et de prendre des décisions concrètes sur une meilleure base.

Mme HOLLERAN (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du **PRESIDENT**, voit davantage les soins infirmiers comme des prestations sanitaires essentielles que comme une profession à développer, et pense par conséquent que l'OMS devrait faire une place beaucoup plus importante aux soins infirmiers et obstétricaux pour aider à mettre en place des services infirmiers forts et efficaces au sein du système de santé de chaque pays. On pourrait conclure de ce qui est dit à la page 103 du document EB89/10 qu'une assistance technique pourrait ne plus être nécessaire dans le domaine des soins infirmiers alors qu'une telle assistance reste indispensable dans de nombreuses parties du monde.

Le document EB89/13 montre que dans sa quarante-cinquième année d'existence, l'OMS manque encore de données fiables sur les besoins et les ressources en soins infirmiers dans de nombreux pays, alors que de telles données sont disponibles pour beaucoup des autres professions de santé. Il faudrait faire beaucoup plus; lorsqu'ils sont en visite dans des hôpitaux et des dispensaires de nombreux pays, ses collaborateurs voient beaucoup de médecins apparemment sous-utilisés alors que les quelques infirmières disponibles sont incroyablement débordées.

L'orientation des grandes initiatives de l'OMS reste très limitée; peu après avoir pris possession de son poste, le Directeur général a lancé un appel en faveur d'une perspective plus vaste et c'est ce qui commence à se produire. Les ressources disponibles sont très limitées et le resteront pendant les années à venir, si bien que chacun des aspects des activités de l'OMS doit être réexaminé. Elle demande simplement que cette réévaluation soit équitable et générale, faite avec la participation de tous les groupes intéressés et en fonction des besoins dans le domaine de la santé. Comment un ministre, un directeur régional ou un administrateur de programme mondial pourraient-ils contrôler les dépenses de santé si des personnels infirmiers ne participent pas aux discussions et ne reçoivent pas de formation en gestion ? Les coûts des services infirmiers sont un poste important de tout budget de la santé. Les infirmières administratrices ont donc un rôle capital à jouer dans le contrôle des coûts et la rentabilité; pourtant, il y en a encore très peu à l'OMS, très peu d'infirmières occupent des postes P.4 ou au-dessus et il n'y en a absolument aucune dans beaucoup des grandes unités de l'Organisation. Il y a eu très peu de changement depuis 1989; en fait, comme l'ont fait remarquer plusieurs membres du Conseil, le rapport, qui n'est lui-même pas à jour, fait apparaître une réduction globale du nombre des postes et une augmentation du nombre des postes vacants. Les bouleversements qui se sont produits depuis 1989 en Europe centrale et orientale et dans certaines parties du Moyen-Orient et de l'Afrique, ainsi que la pandémie de SIDA, ont sensiblement accru la nécessité d'une assistance technique de l'OMS dans le domaine des soins infirmiers à tous les niveaux, mais les personnels supplémentaires qui seraient nécessaires ne sont toujours pas en place.

Peut-être le rapport représente-t-il une première étape : il reste cependant imprécis et ne propose aucun projet en vue d'initiatives nouvelles ou d'une surveillance des activités en cours. Aucune stratégie à long terme n'a encore été clairement définie. Le fait que la résolution WHA42.27 ait été adoptée à l'unanimité montre que les soins infirmiers, qui sont un élément essentiel du système de santé, exigent que les gouvernements et l'OMS leur donnent un rang plus élevé de priorité. Il faut espérer que l'OMS s'engagera plus énergiquement en faveur des soins infirmiers en menant une politique plus active de recrutement et de promotion et en leur garantissant un soutien budgétaire et extrabudgétaire approprié. Beaucoup de vies en dépendent. Si l'on veut que les infirmières continuent à assurer la sécurité de nombreux malades, à faire leur travail de prévention et de promotion de la santé au niveau des soins de santé primaires, à s'occuper efficacement de prévenir l'infection à VIH et à soigner ceux qui meurent du SIDA et d'autres maladies graves, il faut les aider en leur donnant une formation adéquate, en leur fournissant des renseignements à jour sur les maladies, les traitements et les médicaments nouveaux et en améliorant leurs compétences dans les domaines de la recherche et de la gestion. Il faut espérer que le Conseil encouragera et suivra la pleine application de la résolution WHA42.27 en demandant que des rapports soient établis à ce sujet, et que ce point sera inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée en 1992. Son organisation est prête à fournir son plein appui à l'OMS pour cette tâche urgente.

Le Dr HIRSCHFELD (Soins infirmiers) explique, en réponse à M. Varder et au Dr Mason, qu'un rapport plus complet sera soumis à l'Assemblée de la Santé et que l'unité des Soins infirmiers ne considère pas son rôle comme limité à une profession déterminée mais, comme l'a très bien dit M. Varder, plutôt comme un travail de coordination des services infirmiers assurés dans de nombreux domaines appuyés par de nombreuses unités de l'Organisation. Le rapport de l'unité est axé sur des activités précises qui concernent entre autres l'amélioration des capacités gestionnaires des infirmières et de leur aptitude à participer à l'élaboration des politiques. Comme l'ont mentionné plusieurs membres du Conseil, l'important actuellement pour les infirmières est de pouvoir participer à l'élaboration des politiques qu'elles sont chargées d'exécuter. Au cours d'une enquête récente sur la gestion des services de santé, des personnels infirmiers de plus de 80 pays ont noté qu'ils étaient laissés en dehors du processus de décision mais investis de la responsabilité du travail quotidien. Le rapport met également l'accent sur le renforcement de la capacité des pays en matière de planification stratégique. Là aussi, les personnels infirmiers font partie des ressources humaines pour la santé; leur rôle ne peut être envisagé séparément de celui du médecin, de l'agent de santé communautaire et de toute la gamme des agents de santé. Dans plusieurs régions, les participants à des ateliers nationaux ont encouragé les pays à étudier la place des personnels infirmiers et obstétricaux dans le développement des ressources humaines en général. (Lors de la réunion d'un groupe d'étude, la seule sage-femme présente a fait remarquer que, lorsque l'obstétricien était là, son travail à elle était de nettoyer le sol; en revanche, lorsqu'il était absent,

elle devenait à la fois infirmière, sage-femme et obstétricienne.) Une partie du problème est de définir le rôle de l'infirmière et de la sage-femme dans le développement des ressources humaines pour la santé.

En réponse au Dr Violaki-Paraskeva, le Dr Hirschfeld indique que les programmes d'enseignement infirmier de base mis en oeuvre et préconisés par l'OMS sont très clairement orientés vers les soins de santé primaires. L'enseignement infirmier est renforcé dans ses aspects théoriques au sein des universités et l'OMS encourage les pays à ne pas négliger les aspects pratiques de la formation et la nécessité de l'adapter à l'évolution des besoins dans le domaine de la santé. L'OMS a pris des mesures pour encourager des personnels infirmiers à assumer la direction d'activités sanitaires et leur donner une formation à cette fin.

L'une des nombreuses questions qui demandent à être réévaluées est l'utilisation des personnels infirmiers et obstétricaux au niveau des soins de santé primaires. Comme l'ont indiqué plusieurs membres du Conseil, les personnels infirmiers constituent l'épine dorsale des soins de santé primaires dans de nombreux pays et en particulier dans les zones rurales. Cela étant, des questions de politique cruciales se posent : ainsi, les pays peuvent-ils se permettre d'employer des infirmières et des sages-femmes dans les zones rurales pour assurer directement des soins de santé primaires ou faut-il plutôt demander à ces dernières d'encadrer et de diriger des agents auxiliaires ? La réponse variera sans doute selon le pays et le niveau de développement socio-économique de la région.

Le Dr Hirschfeld remercie le Conseil de son appui au développement des programmes de soins infirmiers de l'OMS au Siège et dans les Régions.

Elle donne enfin au Dr Bunni et au Dr Al-Sakkaf l'assurance que les problèmes liés à la nécessité de conserver les personnels infirmiers et de former des hommes sont à l'étude dans toutes les Régions. L'unité des Soins infirmiers du Siège a entrepris une étude mondiale sur les ressources en personnels infirmiers. Comme cette résolution n'a été adoptée que récemment, on ne dispose encore que de résultats préliminaires qui montrent cependant que la pénurie de personnels infirmiers est aggravée par les migrations, les mauvaises conditions de travail et le manque de reconnaissance donnée à la profession. Dans les pays où cette profession bénéficie d'un statut adéquat et où les conditions de travail ont été améliorées, elle attire davantage d'hommes et il n'y a pas de difficultés de recrutement.

Le **PRESIDENT** dit que le Conseil est sans doute prêt à prendre acte du rapport.

Il en est ainsi décidé.

Promotion de la santé, information du public et éducation pour la santé (résolution WHA42.44; document EB89/14)

Le Dr MASON appuie les trois grandes stratégies mentionnées dans le document EB89/14 : le plaidoyer, l'habitation et l'aide sociale. L'éducation pour la santé est un instrument majeur pour tous les programmes de santé.

Le Dr SIDHOM dit que la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé ne constituent pas seulement la base des soins de santé primaires, mais sont aussi une composante essentielle de toute action sanitaire. Si nul ne peut nier le rôle du comportement de l'individu dans la promotion et la préservation de sa et de la santé, l'éducation pour la santé a elle aussi un effet direct sur l'adoption de comportements sains. Toutefois, cette activité reste mal maîtrisée par une bonne partie des agents de santé dont la formation a surtout été axée sur les soins curatifs. Eu égard à l'importance de l'éducation pour la santé, et à la nécessité d'acquérir une bonne maîtrise des techniques de communication et d'adapter la formation aux besoins, il faudrait, dans le cadre de la mise en oeuvre de la résolution WHA42.44, mettre l'accent sur le renforcement des capacités nationales en matière de formation et de développement des services pour aider les pays à adapter leurs activités à leurs besoins réels, et sur les échanges d'informations concernant l'expérience pratique et l'expérience acquise dans le domaine de l'information et de la communication pour la santé. Cela est d'autant plus vrai qu'un certain nombre de pays ont plusieurs traits en commun et pourraient exploiter ces expériences en rentabilisant au mieux les investissements antérieurs. Enfin, il faudrait renforcer les initiatives nationales et régionales. La Région de la Méditerranée orientale a entrepris de son côté d'intégrer la santé sous forme de messages éducatifs dans les programmes d'enseignement. Cette initiative aura un double effet : éduquer les élèves eux-mêmes et les utiliser comme relais pour faire passer ces messages à leur famille.

Le Dr Sidhom souligne l'importance de la formation de base des professionnels de la santé et la nécessité d'adapter leurs programmes de formation aux rôles qu'ils sont appelés à jouer afin de mieux tirer parti des ressources disponibles et d'améliorer la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous.

Le Dr LU RUSHAN dit qu'il appuie pleinement les orientations du programme ainsi que les activités et objectifs définis par le Directeur général dans le domaine à l'examen, et les trois grandes stratégies exposées.

Si tout le monde souhaite atteindre l'objectif d'un meilleur niveau de santé, il y a des divergences de vues quant à la meilleure manière d'y parvenir. Il faudrait que les politiques de promotion de la santé qui sont élaborées et que l'information sanitaire qui est diffusée visent à persuader le public d'adopter, en matière de santé, des concepts et des pratiques efficaces et scientifiquement fondés. En dehors des politiques et stratégies présentées dans le rapport, l'OMS devrait aussi s'efforcer de combattre l'actuelle tendance à considérer que la santé dépend de la consommation de médicaments et de l'utilisation d'équipements médicaux sophistiqués. La demande de soins de santé ne cesse d'augmenter, tant quantitativement que qualitativement, ce qui amène à faire de plus en plus appel à des techniques coûteuses; ces techniques nécessitent des investissements publics énormes et conduisent souvent à des abus et à un gaspillage.

Aussi l'éducation et l'information pour la santé devraient-elles insister sur le fait que la clé de la santé réside dans un environnement et un mode de vie plus sains, et devraient-elles décourager le recours automatique aux médicaments et à des techniques coûteuses pour le moindre bobo. En outre, l'accent devrait être mis davantage sur l'idée que l'autoprise en charge constitue l'essence même des soins de santé. On ne pourra parvenir à un environnement et à des modes de vie plus sains que si chaque individu prend la responsabilité de sa propre santé.

Le Dr KOSENKO dit qu'il est heureux de voir que de grands progrès ont été accomplis dans la période à l'examen, et de constater que c'est dans le domaine de la prévention et de la lutte contre la maladie que l'éducation pour la santé a remporté ses plus grands succès.

Pour que l'éducation sanitaire parvienne à convaincre le public de l'importance de modes de vie sains, il faut qu'elle soit centrée sur des groupes de population particuliers. Il appuie l'idée de mettre davantage l'accent sur l'éducation des jeunes et des enfants d'âge scolaire pour leur inculquer des habitudes de vie saines afin de promouvoir une société plus saine dans l'avenir. L'attention particulière accordée par l'OMS à la formulation et à la mise en oeuvre de politiques nationales visant à encourager des modes de vie sains devrait permettre d'assurer que l'information sanitaire reçue par le public soit véritablement suivie d'effets.

Des événements tels que la Journée mondiale de la Santé, la Journée mondiale sans tabac et la Journée mondiale du SIDA, ainsi que les matériels d'information produits par l'OMS à ces occasions, ont eu un très fort retentissement et un large écho médiatique.

La partie IV du rapport couvre toutes les activités les plus utiles de l'OMS qui, espère-t-il, seront poursuivies et développées.

Compte tenu de l'importance du sujet à l'examen et des problèmes évoqués dans la résolution WHA42.44, il serait opportun qu'une nouvelle évaluation des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de cette résolution ait lieu dans trois ans, lors de la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA, se référant au paragraphe 8 du rapport, dit que, comme on l'explique dans ce paragraphe, la moitié des 12 millions de décès annuels dus aux maladies cardio-vasculaires pourraient être évités. L'information du public et l'éducation pour la santé peuvent jouer un rôle crucial à cet égard.

Elle approuve tout particulièrement ce qui est dit au paragraphe 113 concernant l'action des médias dans le domaine de la santé. Le rôle joué par les médias est très important; ainsi par exemple, en Grèce, les déclarations faites dans la presse ou à la télévision ont, aux yeux du public, une plus grande crédibilité que celles qui paraissent dans les publications spécialisées. Il est donc vital que l'OMS développe de bonnes relations avec les médias.

Ainsi qu'il est souligné au paragraphe 115, une priorité particulière devrait être accordée à l'éducation pour la santé à l'école. Il importe aussi d'associer les parents d'élèves à cet effort, car il ne sert à rien d'informer les enfants d'âge scolaire, par exemple sur la santé bucco-dentaire, si ce qui est fait à la maison ne correspond pas à ce qu'ils apprennent à l'école.

Les suggestions du Dr Kosenko sont très intéressantes et devraient être mises en application.

Le Dr GEORGE-GUITON (suppléant du Professeur Girard) a notamment retenu de cet excellent rapport que l'information du public et l'éducation pour la santé constituent l'exemple même d'un programme horizontal qui touche à tous les autres programmes de l'OMS; en fait, cette composante est totalement intégrée à certains programmes thématiques tels que le programme "tabac ou santé" ou le programme de lutte contre le SIDA. Cette intégration devrait être maintenue et intensifiée.

Les paragraphes 31 et 119 du rapport portent tous deux sur un important problème, à savoir comment assurer que le message transmis produise des résultats. La méthode consistant à effectuer des tests avant l'action pour évaluer les résistances éventuelles puis des tests d'impact après l'action pour en déterminer les résultats à court et à long terme est relativement récente et devrait être encore affinée en s'appuyant sur la

sociologie et sur l'anthropologie ainsi que sur les techniques de la communication, du marketing et de la publicité.

Il y a trois façons d'induire des changements de comportement : la première, et la plus simple, consiste à faire peur au public et à le culpabiliser, mais cette méthode s'est avérée inefficace dans la pratique. Une autre méthode est celle de la répétition soutenue, mais un phénomène d'usure tend à intervenir dans ce cas. La troisième méthode, et à son sens la plus efficace, est de susciter une participation active et un choix éclairé des individus et de motiver les gens, ce qui n'est pas la même chose que de les conditionner simplement. L'OMS a encore beaucoup à découvrir dans le domaine des sciences sociales : en France, par exemple, l'INSERM s'est efforcé d'adjoindre des spécialistes des sciences sociales à un certain nombre d'unités de recherche récemment créées. Pour qu'une action soit efficace, il faut qu'il y ait une contribution à tous les niveaux des professionnels de la santé, des médias, de la communauté et des individus eux-mêmes.

L'éducation pour la santé a aussi une dimension éthique. D'après les sociologues, si ce type d'éducation manque généralement sa cible, c'est parce qu'il n'atteint en fait que ceux dont le niveau socioculturel est déjà tel qu'ils auraient de toute façon modifié leur comportement. Aussi, faudrait-il diriger plus spécialement les efforts vers les secteurs de la population qui n'ont pas accès aux médias ou aux services de santé et dont les besoins sont les plus grands. Une autre question éthique délicate que tout le monde se pose concerne la mesure dans laquelle l'OMS a le droit d'essayer de modifier les comportements en intervenant dans des questions culturelles "intimes" qui appartiennent d'une certaine manière à la "propriété privée" des individus et des peuples.

Il est aussi important que les résultats obtenus ne soient pas simplement transitoires. En France, malgré les efforts énormes déployés pour convaincre certains groupes vulnérables tels que les jeunes ou les toxicomanes de la nécessité de prendre des précautions contre le SIDA, il semble que l'effet produit n'a duré que quelques mois. Avec l'aide des sciences sociales, il faudrait trouver les moyens de remédier à cet état de fait.

Le Dr CARTER reconnaît qu'il est important de veiller à ce que l'éducation pour la santé n'ait pas exclusivement des effets à court terme, en particulier sur les types de comportement des jeunes. Les Bahamas ont entrepris une campagne intensive pour renforcer le sens de la responsabilité sexuelle chez les jeunes, et les résultats de cette campagne ont été positifs, du moins dans l'immédiat; le problème consiste à assurer leur durabilité.

Le Dr Carter serait heureux d'avoir connaissance d'études de cas émanant d'autres régions du monde qui lui permettraient de voir dans quelle mesure les programmes d'éducation pour la santé réussissent.

Les Bahamas qui, géographiquement parlant, se trouvent à mi-chemin entre les producteurs de drogue de l'Amérique du Sud et les consommateurs de drogue de l'Amérique du Nord, ont tendance à servir de plaque tournante aux activités liées à la drogue. Les milieux de la drogue sont souvent dépeints sous un jour romantique, ce qui incite les jeunes les plus défavorisés à imiter leur mode de vie. Malgré les difficultés, les Bahamas ont réussi à faire face au problème, et le Dr Carter se fera un plaisir de diffuser une étude de cas intéressante sur la façon dont des idées fausses sur les drogues ont pu être corrigées.

Les Bahamas rencontrent maintenant des obstacles dans leurs efforts pour lutter contre le fléau du SIDA et, là aussi, elles apprécieraient de savoir quels sont les programmes qui ont ou n'ont pas réussi dans d'autres pays. L'OMS pourrait accomplir une tâche particulièrement utile en rassemblant les informations pertinentes et en informant et en orientant les systèmes de santé des pays à propos de problèmes comportementaux spécifiques.

Le Dr LAVADENZ (suppléant du Dr Paz-Zamora) pense que la question de la motivation des changements de comportement est abordée d'un point de vue par trop sectoriel. En ce qui concerne la Région des Amériques, il fait observer qu'un certain nombre de parlementaires ont joué un rôle actif pour permettre l'adoption d'une législation spécifique facilitant la diffusion d'informations pour la santé, et que certains programmes, mis au point dans la Région en collaboration avec des groupes de journalistes et de responsables de l'éducation pour la santé, ont donné d'excellents résultats et produit des informations nouvelles; ces efforts, qui portent aussi sur des mesures de restriction de la publicité nuisible à la santé et sur la promotion de modes de vie sains, devraient avoir un caractère intersectoriel plus marqué.

Si l'on veut éviter que la législation reste lettre morte, il faut qu'elle soit dûment incorporée dans les politiques sanitaires, ou appliquée avec suffisamment de rigueur pour être acceptée par le grand public. Il y a quelques années, par exemple, il aurait été impensable dans certains pays de la Région des Amériques d'interdire de fumer pendant des trajets aériens de moins de deux heures, alors que toutes les compagnies aériennes appliquent maintenant cette mesure.

Le Professeur Ransome-Kuti assume à nouveau la présidence.

Le Professeur WALTON (Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine), prenant la parole sur l'invitation du PRESIDENT, dit que l'OMS a toujours énergiquement appuyé les efforts de la Fédération en vue de réformer la formation médicale dans le monde. Evoquant les étapes qui ont conduit à la réunion, en 1988, de la Conférence mondiale sur l'enseignement de la médecine, il rappelle que l'événement majeur de la Conférence a été l'adoption de la Déclaration d'Edimbourg, qui définit 12 principes pour la réforme de l'enseignement de la médecine et qui a été approuvée par la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

La Déclaration d'Edimbourg prie notamment la Fédération d'organiser des consultations entre les ministres de l'éducation dans toutes les régions. Une consultation qui a eu lieu récemment à Abouja, au Nigéria, a permis de créer un groupe spécial pour l'Afrique qui sera responsable des réformes de l'enseignement de la médecine dans tout le continent.

Des progrès sont accomplis en collaboration avec le Programme international concerté de réorientation de l'enseignement de la médecine, avec lequel des projets de démonstration sont mis à exécution aux niveaux mondial, régional, national et institutionnel, et en coopération étroite avec l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO et le PNUD. On attend beaucoup de la conférence mondiale chargée du suivi qui examinera les faits nouveaux, par exemple ceux qu'évoque le document de travail établi par le Directeur général (EB89/11); cette conférence doit être organisée par la Fédération en 1993, toujours en collaboration étroite avec l'OMS.

Le Dr CABA-MARTIN insiste sur l'importance de la place occupée par la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé dans les plans et les stratégies de l'OMS, et ajoute que, s'il peut paraître évident que l'éducation pour la santé devrait être partie intégrante de la préparation générale de l'individu à la vie, cette éducation ne peut être efficace si elle se borne à énoncer des principes généraux plutôt que de s'axer sur des besoins spécifiques. L'éducation classique et l'éducation informelle peuvent toutes les deux être utiles, mais elles doivent avoir des racines locales, et le responsable de l'éducation doit appartenir à la communauté locale. Il faut s'efforcer d'éviter de définir pour les programmes des objectifs si vastes qu'ils en deviennent impossibles à atteindre, ce qui risque de susciter la déception des responsables de l'éducation.

Etant donné qu'il est bien difficile de convaincre les communautés de renoncer à des habitudes profondément ancrées qui sont préjudiciables à la santé, et plutôt que d'essayer d'imposer des changements de l'extérieur, il serait préférable de diffuser une information qui amène des changements d'attitude de l'intérieur.

Faisant remarquer que des médias différents pouvaient transmettre des messages d'éducation contradictoires, le Dr Caba-Martin dit que, dans toute "publicité" pour la santé, il faut veiller à la qualité du message qui doit être adapté au mode de transmission, au niveau culturel de la communauté visée, ainsi qu'à l'âge de la population cible; les messages devraient d'abord être essayés auprès d'un auditoire restreint et ils devraient avoir un centre d'intérêt qui retienne l'attention.

S'il est effectivement important d'éviter la répétitivité des programmes d'éducation pour la santé, il est tout aussi important d'en assurer la continuité; l'éducation pour la santé a été quelque peu discréditée en raison de l'irrégularité et de l'inefficacité de certains programmes. Il arrive parfois que les résultats souhaités ne soient pas atteints parce que les responsables d'un programme travaillaient isolément, sans faire partie d'une équipe pluridisciplinaire.

Le ou la spécialiste de l'éducation pour la santé a besoin d'une formation additionnelle intensive, en sociologie et en psychologie par exemple, pour pouvoir mieux utiliser les données épidémiologiques et en tirer les conclusions appropriées. Ce qu'il faut surtout, c'est que l'éducation pour la santé soit adaptée aux circonstances et conçue pour le groupe d'âge auquel elle est destinée, qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées, qui reçoivent tous le message de manière différente.

Le Dr Caba-Martin propose d'apporter une modification rédactionnelle au paragraphe 6 de la version espagnole du document EB89/14; il conviendrait de remplacer le terme "defensa" par "promoción", qui est plus proche du terme anglais "advocacy".

Le PRESIDENT fait remarquer que le règlement de la plupart des problèmes sanitaires dépend du niveau d'éducation de la communauté et il souligne qu'il est difficile d'utiliser l'éducation sanitaire pour modifier des habitudes et des attitudes invétérées, même lorsque la cause scientifique d'une maladie est bien connue. Par exemple, dans de nombreuses régions d'Afrique, il est difficile de convaincre les gens que la dracunculose est due à l'eau de boisson contaminée et non à l'influence de mauvais esprits. Les principaux obstacles sont le manque d'éducation, l'éloignement de nombreuses régions, qui sont inaccessibles aux moyens d'information, le coût des campagnes d'éducation sanitaire et le manque d'éducateurs expérimentés. Alors que dans les pays développés l'information sur le SIDA, par exemple, peut être diffusée rapidement grâce à la technologie moderne, dans les pays en développement, les communautés isolées ne peuvent être informées qu'au moyen d'interventions ponctuelles sur le terrain, qui sont extrêmement coûteuses. De nouvelles stratégies permettraient de surmonter ces obstacles. Il faut espérer que des conférences du genre de celles qui sont

organisées dans plusieurs pays développés pour établir de nouveaux mécanismes en vue d'assurer un développement sanitaire durable et de combattre les maladies liées au style de vie se tiendront un jour en Afrique ou en Asie du Sud-Est, de manière à encourager l'évolution des mentalités et des comportements.

M. DHILLON (Directeur de la Division de l'Éducation sanitaire) note que les opinions exprimées confirment que l'information du public, la participation active de la communauté et des conditions de vie hygiéniques sont d'une importance primordiale pour l'amélioration de la santé. L'OMS s'efforcera de renforcer l'éducation sanitaire en tenant compte des questions qui sont évoquées.

Il est de plus en plus largement admis qu'il faut adopter des stratégies pour stimuler l'intérêt du public pour la santé, pour donner à la santé un rang élevé parmi les priorités nationales et, comme l'a souligné le Président, pour réduire l'écart entre les connaissances et les comportements.

Il partage l'avis du Dr Kosenko, du Dr Violaki-Paraskeva et du Dr Sidhom sur la nécessité de renforcer l'éducation sanitaire à l'école. Comme l'a dit le Dr Gezairy, des efforts considérables sont faits dans ce sens. Notant l'importance accordée par le Dr George-Guiton à la recherche sur les comportements sains et la communication en faveur de la santé, il indique que des efforts sont faits actuellement, en collaboration avec les Centers for Disease Control d'Atlanta et avec la Direction de la Promotion de la Santé du Canada, pour concevoir et expérimenter des stratégies d'éducation sanitaire et de promotion de la santé au niveau communautaire. Quant à savoir si l'on peut faire évoluer les mentalités en inspirant la crainte, comme l'a évoqué le Dr George-Guiton, il semblerait que des déclarations positives donnent de meilleurs résultats, mais cela est discutable.

A propos des moyens d'assurer l'efficacité à long terme de l'éducation sanitaire, auxquels le Dr Carter et le Dr George-Guiton ont fait allusion, la tâche essentielle consiste à établir des valeurs et des normes sociales favorables à la santé. Il faudrait donc engager un vigoureux effort pour inculquer à la communauté des habitudes saines.

Il pense, comme le Dr Carter, qu'il faudrait réaliser des études de cas montrant comment l'éducation sanitaire dans certains domaines pourrait donner de meilleurs résultats, et il reconnaît avec le Président que l'action médiatique est importante mais doit être associée à des activités communautaires, en particulier dans les régions éloignées. Pour assurer la circulation continue de l'information au sein de la communauté, il est essentiel que les institutions sociales, les organismes politiques et religieux, les responsables et les travailleurs communautaires participent à cet effort.

La proposition du Dr Kosenko suggérant qu'un rapport de situation sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé soit présenté tous les deux ou trois ans sera prise en considération.

Le Dr MONEKOSSO (Directeur régional pour l'Afrique) souligne qu'il est important d'envisager l'éducation et l'information sanitaires dans le contexte des préoccupations sanitaires de la communauté. C'est dans cet esprit que le Bureau régional de l'Afrique a réédité un guide traitant dans un langage simple de sujets très divers pour le choix des activités concernant la santé des collectivités, afin d'encourager les gens à participer, au lieu de recevoir passivement l'information. Toutefois, cette action suppose que la population sache lire et écrire et possède certaines connaissances scientifiques élémentaires, ce qui n'est pas le cas dans de nombreux villages isolés de la Région. Des organismes et des associations n'appartenant pas au secteur de la santé seraient souvent mieux à même de transmettre des messages concernant la santé pour mobiliser la population locale.

Le Conseil prend note du rapport de situation du Directeur général sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé.

Prévention de l'invalidité et réadaptation (document EB89/15)

Le Professeur JABLENSKY décrit l'invalidité comme une pandémie qui sévit aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Comme les techniques qui prolongent la vie sont plus efficaces que les techniques de prévention de l'invalidité, le nombre de personnes handicapées dans le monde augmente beaucoup plus vite que le nombre de cas évités ou traités.

Bien avant le lancement de la Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées, l'OMS avait effectué une analyse réaliste et novatrice du problème de l'invalidité, mettant en évidence trois éléments interdépendants, à savoir la déficience, l'incapacité proprement dite et le handicap. Chacun de ces éléments se prête à des activités bien ciblées pouvant permettre de prévenir et réduire l'invalidité ou d'améliorer la qualité de la vie.

L'invalidité, dont les formes et les causes sont multiples, affecte à la fois le corps et l'esprit ainsi que l'environnement social de ceux qui en souffrent. Le problème pourrait être abordé à l'échelon national à trois niveaux : premièrement, au niveau de la législation, par l'adoption de politiques appropriées, la défense des droits de l'homme et le soutien du gouvernement aux initiatives locales, notamment aux projets d'autoassistance et d'entraide, avec la collaboration des organisations non gouvernementales; deuxièmement, au niveau des services de santé, par des activités de formation, de consultation et d'appui pour la prévention de l'invalidité; et troisièmement, au niveau de la communauté, pour effacer les stigmates grâce à l'éducation, de manière à ce que les personnes handicapées puissent participer à la prise de décision à ce niveau.

Le rôle de l'OMS pourrait englober les activités suivantes : la promotion de la prévention de l'invalidité et le plaidoyer en faveur des droits des personnes handicapées, en collaboration avec l'UNICEF, le BIT, le PNUD et des organisations non gouvernementales comme Rehabilitation International; la recherche pour élaborer des stratégies contre l'invalidité et l'évaluation de ces stratégies par l'intermédiaire des centres collaborateurs de l'OMS; l'amélioration des techniques et des méthodes, notamment la préparation de manuels à l'intention du personnel de terrain, la mise au point de prothèses pour les personnes handicapées et, éventuellement, le perfectionnement de la classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, établie par l'OMS; l'intégration à la prévention primaire et secondaire en assurant la continuité de l'ensemble. Mais, à son avis, l'action de l'OMS dans le domaine de l'invalidité a tendance à être dispersée entre différents programmes. La prévention et la réduction de l'invalidité sont si importantes qu'il faudrait leur faire une plus large place dans le neuvième programme général de travail et leur accorder davantage de ressources.

Le Professeur BORGONO, souscrivant aux commentaires du Professeur Jablensky, constate que le rapport arrive à point, au terme de la Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées. Il n'en souffre pas moins d'un manque de données pertinentes, fiables et à jour aux niveaux mondial, régional et national. Une approche épidémiologique devrait être adoptée d'urgence pour analyser le problème de l'invalidité et les implications pour la réadaptation et la prévention primaire. Une action intégrée est également nécessaire sur tous les aspects du problème, ce qui implique une coopération étroite avec d'autres secteurs, d'autres organisations du système des Nations Unies, et avec les organisations non gouvernementales.

Si des progrès ont été réalisés dans la prévention primaire de certaines maladies transmissibles et dans le traitement - par exemple - des conséquences de la poliomyélite, d'autres formes de prévention primaire, par exemple pour les accidents ou la cécité, devraient cependant être mieux prises en compte. Dans son propre pays, l'expérience a montré qu'une réadaptation dans le cadre des soins de santé primaires au niveau communautaire est tout à fait possible, sous réserve d'une formation appropriée et d'une information et d'une éducation suffisantes.

Il convient également de tenir pleinement compte de l'aspect social de l'invalidité. Pour ne prendre que quelques exemples, les possibilités d'emploi et l'accès aux équipements de loisirs ou aux bâtiments et lieux publics pourraient être grandement améliorés si l'OMS engageait énergiquement les secteurs concernés à améliorer la situation à cet égard. Pour cela, une volonté politique est certes nécessaire au niveau international, mais un engagement analogue au niveau national est tout aussi important.

Pour conclure, il considère que la relative "discrétion" du programme depuis un certain temps ne doit pas empêcher d'être optimiste quant à la possibilité pour l'OMS de jouer un rôle dirigeant dans ce domaine capital. Au terme de la Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées, le Conseil exécutif pourrait peut-être adopter une résolution à ce sujet.

Le PRESIDENT annonce qu'un projet de résolution sera préparé par les rapporteurs et présenté au Conseil.

Le Dr SIDHOM souhaite avoir des informations sur les maladies congénitales et les handicaps résultant de mariages consanguins, qui sont relativement courants dans plusieurs régions. Il demande également quelles mesures ont été prises pour résoudre les problèmes sociaux engendrés par le développement économique et industriel et l'éclatement des structures familiales traditionnelles qui influencent directement la santé mentale et entraînent une invalidité au sens social du terme.

Le Dr GEORGE-GUITON (suppléant du Professeur Girard) souscrit aux actions proposées dans le rapport mais, comme les autres orateurs, souhaite attirer l'attention sur le manque d'informations et de chiffres. Elle note que, si l'une des mesures (paragraphe 64) propose la création d'une base d'informations pour contrôler l'efficacité des programmes, on dispose de peu d'indicateurs à cet effet. Un indicateur utile - l'espérance de vie sans incapacité - a été introduit au cours du diaporama présenté par le Directeur général, mais les chiffres ne sont disponibles que pour un petit nombre de pays développés. Une description complète

de l'ensemble des Régions est nécessaire. Souscrivant elle aussi aux commentaires qui ont été faits sur les maladies génétiques et les handicaps liés à la santé mentale, elle considère qu'une description épidémiologique et une analyse et une classification minutieuses des causes sous-jacentes sont, là encore, indispensables.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA estime, elle aussi, que même si l'étendue de l'invalidité dans le monde et son énorme impact économique, social et psychologique sont largement reconnus, les informations quantitatives et détaillées qui s'y rapportent sont rares. Les personnes handicapées devraient se voir offrir beaucoup plus d'occasions de participer à la vie sociale et communautaire, ainsi qu'aux prises de décisions et à la formation. La sensibilisation du public sur la prévention des accidents à domicile, sur le lieu de travail et sur la route mérite une plus grande attention. Priorité devrait être donnée à la prévention de l'invalidité, par le biais du programme élargi de vaccination (PEV).

L'OMS doit aider à lever les obstacles à la participation pleine et entière des personnes handicapées à la vie professionnelle. La prévention exige une approche multidisciplinaire dans plusieurs domaines comme la santé maternelle et infantile, la santé mentale et la planification familiale. Enfin, elle trouve très instructif le diagramme présenté au paragraphe 5 du document sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Le Dr ROCHON (Division de la Protection et Promotion de la Santé) assure les membres du Conseil que leur appui au programme et leurs suggestions ont été bien notés. Il se réjouit de voir que l'accent est mis sur la nécessité d'une plus grande visibilité et de ressources plus nombreuses, et ce d'autant plus qu'à la suite d'un examen du programme sur la protection et la promotion de la santé, la prévention de l'invalidité et la réadaptation ont été considérées comme l'un des cinq ou six domaines prioritaires pour les années à venir.

En réponse aux demandes d'une coopération internationale accrue, l'OMS a renforcé sa coopération avec l'UNICEF et le PNUD en particulier, ainsi qu'avec d'autres institutions des Nations Unies, par le biais notamment de l'initiative internationale IMPACT avec laquelle elle entretient des relations étroites. Des mesures sont prises pour intensifier cette coopération, non seulement au niveau international, mais aussi et surtout au niveau communautaire, par une mise en oeuvre du programme, en étroite coopération et avec l'appui des diverses fondations nationales d'IMPACT, en vue de mobiliser les ressources locales et d'intégrer les activités de prévention primaire et tertiaire dans les soins de santé primaires et les activités communautaires. Dans les années à venir, tous les efforts seront faits pour développer les activités d'appui, en particulier la recherche et la collecte de données épidémiologiques, prochaine étape dans le renforcement de l'assise santé publique du programme.

Le Dr BUNNI estime qu'il est très important que les Etats Membres, en coopération avec l'OMS, étudient les causes de morbidité dues à l'invalidité. De plus, bien qu'il soit difficile de quantifier les invalidités dues aux catastrophes naturelles ou aux conflits armés, il n'en reste pas moins que ce type d'invalidités pèse généralement très lourd sur les systèmes de santé publique des pays concernés.

Les services de réadaptation sont très coûteux et de nombreux pays ne pourraient pas répondre à la demande de toutes les personnes handicapées si les activités de réadaptation n'étaient financées que par les pouvoirs publics. Le financement par des organisations non gouvernementales ou autres devrait donc être encouragé.

Le PRESIDENT constate que la situation en Afrique, eu égard à la prévention de l'invalidité et la réadaptation, reste toujours aussi sombre. Malgré les succès du programme élargi de vaccination, le bruit court que le prix des vaccins pourrait augmenter, ce qui entraînerait pour de nombreux pays en développement un recul dans leur campagne de vaccination, avec comme conséquence le retour de maladies aujourd'hui largement contrôlées. Les taux élevés d'accidents et de mortalité maternelle ainsi que l'onchocercose ne sont que quelques exemples des causes d'invalidité affectant les pays en développement, en particulier l'Afrique. Le coût très élevé de la prévention, en termes d'équipements, de vaccins et d'éducation sanitaire, pose un réel problème. L'OMS encourage la réadaptation à base communautaire et son intégration dans les soins de santé primaires. Néanmoins, il ressort des débats de cette session que les soins de santé primaires n'en sont pour le moins qu'à leur début en Afrique. Un autre problème est celui des emplois offerts aux personnes handicapées. Des efforts ont été faits pour la réadaptation des personnes atteintes de cécité ou de surdité, mais il est rare qu'elles trouvent un emploi convenable. Il ajoute pour conclure que, compte tenu de la situation actuelle et des perspectives décourageantes en ce qui concerne la prévention de l'invalidité et la réadaptation dans les pays en développement, il serait peut-être temps de concevoir de nouvelles stratégies conformes au niveau de développement des pays de la Région africaine.

Le DIRECTEUR GENERAL, commentant les points soulevés par plusieurs membres du Conseil, rappelle que l'OMS est et sera toujours impliquée étroitement dans les opérations exceptionnelles de secours

et de réadaptation en période de catastrophes naturelles et de conflits, en coopération avec d'autres organisations des Nations Unies. Parallèlement, c'est aussi la responsabilité du Directeur général de l'OMS de faire entendre sa voix dans la communauté politique internationale pour plaider en faveur du désarmement, en particulier de l'abolition des armes destinées à provoquer des pertes humaines. La prolifération de ce type d'armes - anti-personnel et autres - a entraîné une augmentation importante du nombre d'invalides de guerre et a de graves implications économiques et sociales à long terme, sans parler du détournement des ressources au détriment des soins de santé. L'abolition des armes anti-personnel pourrait constituer l'un des principaux gages de paix dont le secteur de la santé tirerait avantage.

Répondant aux commentaires du Président sur l'augmentation du prix des vaccins comme l'une des causes de la situation difficile dans laquelle se débat l'Afrique, il convient que l'OMS et les Etats Membres doivent faire face aujourd'hui à une situation d'urgence qui exige des solutions. L'OMS multiplie aujourd'hui les efforts pour atténuer les conséquences de cette situation nouvelle qui pourrait bien entraîner un accroissement de l'invalidité.

La séance est levée à 17 h 45.

= = =