



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

La Santé mentale dans les Situations d'urgence



Albanie/Réfugiés du Kosovo. Photo reproduite avec l'autorisation du HCR/B. Press

Aspects mentaux et sociaux de la Santé des
Populations exposées à des Facteurs de Stress extrême

Département Santé mentale et toxicomanies
Organisation mondiale de la Santé, Genève
2003

La santé mentale dans les situations d'urgence

Généralités

Dans le système des Nations Unies, c'est l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui est chargée de prendre les mesures nécessaires pour que tous les peuples jouissent du niveau de santé le plus élevé possible. A l'OMS, c'est le Département Santé mentale et toxicomanies qui donne orientation et avis pour combler le fossé entre les besoins effectifs et les moyens aujourd'hui disponibles pour atténuer la charge des troubles mentaux et promouvoir la santé mentale.

On trouvera résumée ici la position actuelle du Département Santé mentale et toxicomanies concernant l'aide à apporter aux populations exposées à des facteurs de stress extrême, par exemple réfugiés, personnes déplacées dans leur propre pays, survivants d'une catastrophe ou populations exposées à des actes de guerre ou à un génocide. L'OMS est consciente du fait qu'énormément de gens sont exposés à des situations de stress extrême et que c'est un facteur de risque qui favorise la maladie mentale et les problèmes sociaux. Les principes et stratégies exposés ici concernent avant tout les pays démunis, où vivent la plupart des gens exposés à des catastrophes ou des actes de guerre. Il ne faudrait pas pour autant oublier la santé mentale et le bien être des agents de l'aide humanitaire, même si leurs besoins ne sont pas analysés ici.

Dans le présent document, l'expression intervention sociale s'applique aux interventions dont le but primordial est d'avoir des effets sociaux, tandis que l'expression intervention psychologique s'applique aux interventions qui visent surtout à avoir des effets psychologiques. Les interventions sociales ont bien sûr des effets psychologiques secondaires, de même que les interventions psychologiques ont des effets sociaux secondaires, d'où le qualificatif de psychosocial. Dans la Constitution de l'OMS, la santé est définie comme un état de complet bien être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. A partir de cette définition de la santé, le présent document expose la position actuelle du Département concernant les aspects mentaux et sociaux de la santé des populations exposées à des facteurs de stress extrême.

Pour ce qui est des aspects mentaux et sociaux de la santé des populations exposées à des facteurs de stress extrême, nos objectifs sont les suivants:

1. Fournir pour les activités de terrain les avis techniques nécessaires aux organisations gouvernementales, non gouvernementales et intergouvernementales, en coordination avec le Département OMS Secours d'urgence et action humanitaire.
2. Jouer un rôle de chef de file et donner des orientations pour améliorer la qualité des interventions sur le terrain.

3. Faciliter la création d'une base factuelle pour les activités de terrain et pour les grandes orientations aux niveaux des communautés et du système de santé.

Principes généraux

S'appuyant sur une série de documents sur les lignes directrices, principes et projets rédigés par des spécialistes de renom, le Département Santé mentale et toxicomanies appelle l'attention sur les principes généraux suivants:



Des réfugiés de retour du Timor occidental. Photo publiée avec l'autorisation du HCR/M. Kobayashi

1. *Préparatifs avant une situation d'urgence.*
Avant qu'il y ait situation d'urgence, il faut établir des plans nationaux de préparation qui comporteront: a) un système de coordination précisant qui est responsable dans chaque institution compétente, b) des plans détaillés pour se préparer à une intervention adéquate sur le plan social et sur celui de la santé mentale, et c) la formation du personnel concerné aux interventions sociales et psychologiques indiquées.
2. *Evaluation.*
Toute intervention doit être précédée d'une planification sérieuse et d'une évaluation générale du contexte local (par exemple environnement, culture, histoire et nature des problèmes, perceptions locales des situations de désarroi et de maladie, moyens de faire face aux problèmes, ressources communautaires, etc.). Dans les situations d'urgence, le Département encourage l'évaluation qualitative du contexte, assortie d'une évaluation quantitative des incapacités ou du fonctionnement quotidien. Si l'évaluation révèle que de nombreux besoins ne pourront sans doute pas être satisfaits, les rapports doivent indiquer l'urgence des besoins et préciser quelles sont les ressources locales et les ressources extérieures éventuelles.

3. *Collaboration.*

Les interventions supposent une concertation et une collaboration avec d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) travaillant dans la région. Pour garantir la pérennité des activités, il est indispensable d'assurer la continuité de la participation des pouvoirs publics - de préférence - ou, sinon, des ONG locales. La multiplication des organismes travaillant sans coordination, indépendamment les uns des autres, entraîne un gaspillage de ressources précieuses. Si possible, il faudrait recruter sur place le personnel, y compris le personnel de direction.

4. *Intégration dans les soins de santé primaires.*

Menées par le secteur de la santé, les interventions de santé mentale doivent s'inscrire dans les soins de santé primaires (SSP), en utilisant au maximum les soins dans la famille et en faisant un recours actif aux ressources communautaires. La formation clinique sur le tas et l'encadrement des agents des SSP par des spécialistes de la santé mentale sont indispensables si l'on veut parvenir à intégrer les soins de santé mentale dans les SSP.

5. *Accès universel aux services.*

Il est déconseillé de créer des services distincts de santé mentale de type vertical pour certains groupes. Dans la mesure du possible, toute la communauté doit avoir accès aux services qui, de préférence, ne seront pas réservés à des groupes spéciaux définis compte tenu de l'exposition à certains facteurs de stress. Il peut toutefois s'avérer important de mener des programmes de sensibilisation à la périphérie pour s'assurer que des groupes vulnérables ou minoritaires sont soignés dans le cadre des SSP.

6. *Formation et encadrement.*

Les activités de formation et d'encadrement doivent être confiées à des spécialistes de la santé mentale - ou être placées sous leur autorité - pendant un certain temps, de manière que la formation ait des effets durables et que les soins soient bien dispensés. De brefs stages de formation technique d'une ou deux semaines sans encadrement ultérieur sérieux sont déconseillés.

7. *Perspective à long terme.*

Lorsqu'un groupe de population a été exposé à d'importants facteurs de stress, il vaut mieux privilégier la mise en place à moyen et à long terme de services communautaires et de soins primaires de santé mentale ainsi que d'interventions sociales, plutôt que les secours immédiats à court terme visant à atténuer les problèmes psychologiques pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence. Malheureusement, c'est pendant ou juste après cette phase aiguë que l'élan et les financements en faveur des programmes de santé mentale sont les plus généreux, alors que ces programmes sont

beaucoup plus efficaces s'ils se prolongent dans le temps et durent plusieurs années. Il est indispensable de mieux sensibiliser les donateurs à ce problème.

8. *Surveillance des indicateurs.*

Il faudrait suivre et évaluer les activités à l'aide d'indicateurs que l'on déterminera - si possible - avant la mise en route des activités, et non pas après coup.

Stratégies d'intervention à l'intention des responsables de la santé sur le terrain

S'appuyant sur la documentation existante ainsi que sur l'expérience des spécialistes et dans le but de répondre aux demandes provenant du terrain, le Département Santé mentale et toxicomanies donne des avis sur les stratégies d'intervention en faveur des populations exposées à des facteurs de stress extrême. Le choix de l'intervention varie en fonction de la phase de la situation d'urgence. La phase aiguë est définie ici comme la période pendant laquelle le taux de mortalité brut augmente sensiblement, parce qu'en raison de la situation d'urgence les besoins fondamentaux (nourriture, logement, sécurité, eau et assainissement, accès aux SSP, prise en charge des maladies transmissibles) ne sont plus satisfaits. Cette période est suivie d'une phase de redressement où les besoins fondamentaux redeviennent comparables à ce qu'ils étaient avant ou, s'il s'agit de personnes déplacées, à ceux de la population environnante. Dans une situation d'urgence complexe, a) différentes régions d'un pays peuvent se trouver à des phases différentes ou b) une agglomération peut osciller dans le temps entre les deux phases.



Réfugiés rwandais. Photo publiée avec l'autorisation du HCR/A. Hollman

1. Phase aiguë de la situation d'urgence

Durant cette phase aiguë, il est conseillé de mener essentiellement des interventions sociales qui n'interfèrent pas avec des besoins aigus, comme l'organisation des secours alimentaires et des abris, la distribution de vêtements, les services de SSP et, le cas échéant, la lutte contre les maladies transmissibles.

1.1 Les interventions sociales comporteront sans doute les mesures suivantes:

- Mettre en place un système fiable pour diffuser en continu une information crédible sur: a) la situation d'urgence, b) les efforts pour assurer la sécurité physique de la population, c) les actions de secours, y compris ce que fait chaque organisation d'aide et son emplacement, et d) le lieu où se trouvent les proches pour faciliter le regroupement familial (et, si possible, permettre de communiquer avec des parents absents). Il faut diffuser l'information selon les principes de la communication des risques, c'est à dire la présenter de façon simple (compréhensible pour des enfants de 12 ans sur place) et avec empathie (c'est à dire en faisant preuve de compréhension à l'égard de ceux qui ont survécu à la catastrophe).
- Rechercher les proches des mineurs non accompagnés, des personnes âgées et d'autres individus appartenant à un groupe vulnérable.
- Informer les agents sur le terrain qui s'occupent de santé, de distribution alimentaire, d'action sociale ou d'enregistrement pour qu'ils puissent prendre en charge les problèmes de deuil ou de désorientation et souligner la nécessité de la participation active des intéressés.
- Assurer des abris de telle sorte que les familles et les communautés puissent se regrouper.
- Consulter la population pour savoir où installer dans les camps des lieux de culte, des écoles et des points d'eau. Prévoir des installations de culte, de loisirs et d'action culturelle lors de la conception des camps.
- Si cela est réalisable, éviter d'éliminer sans cérémonie les corps des personnes décédées pour combattre les maladies transmissibles. Contrairement à ce que l'on pense, les cadavres ne comportent au plus qu'un risque très limité de maladies transmissibles. Les personnes endeuillées doivent pouvoir organiser une cérémonie funéraire et – pour autant que le corps ne soit pas mutilé ou décomposé – voir le défunt une dernière fois pour lui dire adieu. Quoiqu'il en soit, il faut délivrer des certificats de décès pour éviter des problèmes financiers et juridiques aux familles.

- Encourager le rétablissement des manifestations culturelles et religieuses normales (y compris les rites de deuil, en collaboration avec des guides spirituels ou des ministres du culte).
- Encourager les activités qui facilitent l'intégration dans les réseaux sociaux des orphelins, des veufs et des veuves, ou de ceux qui sont coupés de leur famille.
- Encourager l'organisation de loisirs normaux à l'intention des enfants. Les organismes d'aide doivent faire attention à ne pas faire naître de fausses attentes dans la population locale en remettant des objets à usage récréatif (par exemple tricots de football ou jouets modernes) considérés comme un luxe dans le contexte local avant la situation d'urgence.
- Encourager le début de la scolarisation, même partielle, des enfants.
- Associer adultes et adolescents à des activités concrètes utiles qui présentent un intérêt pour tous (par exemple construire ou organiser des abris, organiser la recherche des familles, distribuer la nourriture, organiser les vaccinations ou donner des cours aux enfants).
- Diffuser largement et avec empathie dans la population des informations simples et rassurantes sur les réactions normales de stress. De brefs communiqués de presse évitant le sensationnel, des programmes radiodiffusés, des affiches et des brochures peuvent être utiles pour rassurer les gens. L'éducation doit privilégier les réactions normales, car le fait d'évoquer des symptômes psychopathologiques durant cette phase (et pendant les quatre semaines qui suivent) peut avoir des conséquences nuisibles. L'information doit favoriser la perspective d'un rétablissement naturel.



Réfugiés afghans. Photo publiée avec l'autorisation du HCR/A. Bama

1.2 En termes d'interventions psychologiques durant la phase aiguë, les mesures suivantes sont conseillées:

- Prendre contact avec les responsables des SSP ou des soins d'urgence dans la région. Prendre en charge les symptômes psychiatriques urgents (par exemple dangerosité pour soi-même ou autrui, psychoses,

dépression grave, manie, épilepsie) dans le cadre des SSP, que ceux-ci soient gérés par les autorités locales ou par des ONG. Veiller à ce qu'il y ait dans les services de SSP les médicaments psychotropes essentiels. De nombreux patients aux symptômes psychiatriques aigus auront des troubles psychiatriques préexistants et il faut éviter rompre d'inter brusquement le traitement médicamenteux. De plus, certaines personnes viendront se faire soigner pour des problèmes de santé mentale consécutifs à l'exposition à des facteurs de stress extrême. Pour la plupart des problèmes aigus de santé mentale vus durant la phase aiguë de la situation d'urgence, le mieux est d'éviter les médicaments et de suivre les principes des «premiers secours psychologiques» (c'est à dire écouter, faire preuve de compassion, évaluer les besoins, veiller à ce que les besoins essentiels soient satisfaits, ne pas obliger à parler, fournir ou mobiliser de la compagnie, de préférence auprès de la famille ou d'autres personnes importantes pour le patient, encourager sans l'imposer l'appui social et protéger contre tous dommages ultérieurs).

- Pour autant qu'il y ait des agents communautaires, volontaires ou non, organiser avec tact dans la population une aide affective en assurant, si nécessaire, les «premiers secours psychologiques» mentionnés cidessus. A cause des effets négatifs éventuels, il est déconseillé d'organiser des séances individuelles de débriefing psychologique qui poussent les gens à faire part de leur expérience personnelle au delà de ce qu'ils feraient normalement.
- Si la phase aiguë se prolonge, commencer à former et à encadrer les agents des SSP et les agents communautaires (voir la partie 2.2 pour une description de ces activités).

- Avec le temps, si la pauvreté perdure, encourager les initiatives de développement économique, par exemple a) des projets de microcrédit ou b) des activités rémunératrices lorsque les marchés auront des chances de procurer une source de revenu durable.

2.2 En termes d'interventions psychologiques durant la phase de redressement, les activités suivantes sont proposées:

- Familiariser les autres agents de l'aide humanitaire et les dirigeants communautaires (par exemple chefs de village, enseignants, etc.) aux soins psychologiques de base (par exemple «premiers secours psychologiques», aide affective, communication de l'information, mesures prises avec empathie pour rassurer les gens, détection des principaux problèmes de santé mentale) pour sensibiliser la communauté et obtenir son appui et aiguiller les patients vers les services de SSP, le cas échéant.
- Former - en les encadrant - les agents des SSP aux connaissances et techniques fondamentales en santé mentale (par exemple utilisation des médicaments psychotropes appropriés, «premiers secours psychologiques», action de conseil et d'aide, travail avec les familles, prévention du suicide, prise en charge des symptômes somatiques n'ayant pas d'explication médicale, problèmes de toxicomanie et orientation-recours des personnes concernées). On trouvera dans la publication de l'OMS et du HCR, La santé mentale des réfugiés (1997), le programme de formation de base recommandé.



Georgie/Hôpital républicain d'Abkhazie. Photo publiée avec l'autorisation du HCR/A. Hollman

2.Phase de redressement

2.1 En termes d'interventions sociales, les activités suivantes sont proposées:

- Poursuivre les interventions sociales pertinentes énumérées plus haut dans la partie 1.1.
- Organiser des activités d'éducation psychologique. Informer la population de l'existence ou des choix en matière de soins de santé mentale. En commençant au plus tôt quatre semaines après la phase aiguë, faire savoir avec tact quelle est la différence entre psychopathologie et souffrance psychologique normale, éviter de donner à penser que des problèmes psychopathologiques sont partout présents et aussi éviter le jargon et les expressions ayant un relent de discrimination. Encourager le recours aux moyens préexistants de faire face aux problèmes. L'information doit favoriser la perspective d'un rétablissement naturel.

- Veiller à ce que les patients psychiatriques qui n'ont peut-être pas eu accès à des médicaments pendant la phase aiguë de la situation d'urgence poursuivent leur traitement médicamenteux.
- Former et encadrer les agents communautaires (c'est-à-dire les agents d'appui et les conseillers) pour qu'ils puissent aider les agents des SSP qui se trouveront face à une lourde charge de travail. Il peut s'agir de volontaires, d'auxiliaires ou de professionnels selon le contexte. Les agents communautaires doivent être formés et encadrés de façon approfondie dans plusieurs domaines essentiels: évaluation de la perception des problèmes

par l'individu, la famille et le groupe, «premiers secours psychologiques», aide affective, conseils aux personnes dans le deuil, prise en charge du stress, «assistance socio-psychologique pour résoudre les problèmes», mobilisation des ressources familiales et communautaires et orientation recours.

- Collaborer avec les praticiens traditionnels si c'est possible. Les praticiens traditionnels et les praticiens de la médecine allopathique peuvent dans certains cas collaborer ensemble.
- Faciliter la création de groupes d'entraide communautaire, dont la tâche consistera surtout à mettre en commun les problèmes, à réfléchir à des solutions ou des moyens plus efficaces de faire face à la situation (y compris des moyens traditionnels), fournir un appui affectif et, dans certains cas, lancer des initiatives communautaires.

Il est proposé de mettre en oeuvre les interventions ci-dessus en synergie avec les priorités fixées pour le développement du système de soins de santé mentale:

- Oeuvrer à l'élaboration ou au renforcement de plans stratégiques viables pour l'établissement de programmes de santé mentale au niveau national. A long terme, l'objectif est de réduire le nombre des établissements psychiatriques («asiles»), de renforcer les SSP et les soins psychiatriques à l'hôpital général et de développer la prise en charge communautaire et familiale des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques graves.
- Oeuvrer en vue de l'adoption d'une législation et d'une politique nationales pertinentes et appropriées en santé mentale. A long terme, l'objectif est de mettre en place un système de santé publique viable dont l'un des éléments essentiels sera la santé mentale.

Documentation OMS à consulter

La liste ci-après de documents de l'OMS comprend:

- i) des documents sur la santé mentale qui peuvent s'appliquer à tous les groupes de population, qu'ils soient exposés ou non à des facteurs de stress extrême, et
- ii) des documents spécifiques sur la santé mentale des populations exposées à ces facteurs.

Organisation mondiale de la Santé (1990). *Introduction d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaires*. Organisation mondiale de la Santé: Genève.

http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000041

Note: Ce document classique porte sur l'intégration des soins de santé mentale dans les SSP.

World Health Organization (1994). *Quality assurance in mental health care. Checklists, glossaries, volume 1*. World Health Organization: Geneva.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_MND_94.17.pdf

World Health Organization (1997). *Quality assurance in mental health care. checklists, glossaries, volume 2*. World Health Organization: Geneva.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_MNH_MND_97.2.pdf

Note: Ces deux documents portent sur l'assurance de qualité ainsi que le suivi et l'évaluation des services de santé mentale dans divers contextes.

Organisation mondiale de la Santé (1997). *La santé mentale des réfugiés. Organisation mondiale de la Santé en collaboration avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés*. Genève, 1996.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/9242544868.pdf>

Note: Ce document, qui s'adresse aux agents des SSP et aux agents communautaires, porte sur divers troubles et problèmes de santé mentale dans les camps de réfugiés.

World Health Organization (1997). *Promoting independence of people with disabilities due to mental disorders: A guide for rehabilitation in primary health care*.

World Health Organization: Geneva.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MND-RHB_97.1.pdf

Note: Il s'agit d'un guide à l'intention des agents des SSP pour le traitement des déficiences mentales.

World Health Organization (1998). *Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version*. WHO: Geneva.

<http://www.who.int/msa/mnh/ems/icd10/icd10pc/icd10phc.htm>

World Health Organization (1998). *Mental disorders in primary care*. World Health Organization: Geneva.

http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf

Note: Ce document présente un programme éducatif qui aidera les agents des SSP à diagnostiquer et soigner les troubles mentaux.

World Health Organization (1999). *Declaration of cooperation: Mental Health of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations*. World Health Organization: Geneva.

<http://www.who.int/disasters/cap2002/tech.htm>

Note: Cette déclaration résume les principes directeurs qui doivent guider l'organisation de projets en faveur des populations exposées à des facteurs de stress extrême.

World Health Organization (1999, revised 2001). *Rapid assessment of mental health needs of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations: A community-oriented assessment*.

World Health Organization: Geneva.

<http://www.who.int/disasters/cap2002/tech.htm>

Note: Il s'agit ici d'une évaluation qualitative du contexte dans lequel vivent les réfugiés. Le document privilégie la préparation, la portée de l'évaluation et l'établissement des rapports.

Organisation mondiale de la Santé (2000). *La prévention du suicide: Indications pour professions de santé primaire*.

Organisation mondiale de la Santé, Genève.

http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=000000427

Note: Ce manuel résume à l'intention des agents des SSP les connaissances de base sur la prévention du suicide.

World Health Organization (2000). *Women's mental health: An evidence based review*.

World Health Organization: Geneva.

http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=000000067

Note: Ce rapport présente les derniers résultats de la recherche concernant les rapports entre l'appartenance sexuelle et la santé mentale, en insistant sur la dépression, la pauvreté, le statut social et la violence contre les femmes.

Organisation mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2001: La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*.

Organisation mondiale de la Santé, Genève.

<http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/pdf/whr2001.fr.pdf>

Note: Il s'agit d'une analyse exhaustive faisant autorité sur l'épidémiologie, la charge morbide, les facteurs de risque, la prévention et le traitement des troubles mentaux à travers le monde. Un cadre est présenté pour l'organisation de programmes nationaux en santé mentale.

World Health Organization (2001). *The effectiveness of mental health services in primary care: The view from the developing world*. World Health Organization: Geneva.

http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=000000050

Note: Il s'agit d'une analyse et d'une évaluation de l'efficacité des programmes de santé mentale dans les SSP dans les pays en développement.

Organisation mondiale de la Santé (2001). *Projet politiques de santé mentale: Guide des politiques et des services*.

Organisation mondiale de la Santé, Genève.

http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=000000048

Note: Ce document décrit diverses activités d'assistance technique en vue de l'élaboration de politiques et de la mise en place de services de santé mentale au niveau national.

Organisation mondiale de la Santé (2001). *Atlas: Ressources consacrées à la Santé mentale dans le Monde 2001*.

Organisation mondiale de la Santé, Genève.

http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000256

Note: Une base de données à jour, qui peut être interrogée en ligne (<http://mh-atlas.ic.gc.ca>), renseigne sur les ressources en santé mentale dans la plupart des pays du monde, y compris ceux où de nombreuses personnes sont exposées à des facteurs de stress extrême.

World Health Organization (2002). *Nations for Mental Health: Final report*.

World Health Organization: Geneva.

http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000400

Note: Ce document récapitule les stratégies récentes de l'OMS: sensibiliser aux effets des problèmes de santé mentale et de la toxicomanie, promouvoir la santé mentale et éviter les troubles mentaux, mobiliser des fonds pour la promotion de la santé mentale et la prestation des soins et encourager le développement des services.

Complément d'information et réactions

Pour obtenir plus d'informations ou communiquer vos réactions, veuillez vous adresser au Dr Mark Van Ommeren (vanommerenm@who.int, télécopie: +41 22 791 4160), responsable à l'OMS de la santé mentale dans les situations d'urgence, au sein de l'équipe Santé mentale: Bases factuelles et recherche (coordonnateur: Dr Shekhar Saxena).

Conseillers régionaux de l'OMS

Les activités de l'OMS en faveur de la santé mentale dans les situations d'urgence sont menées en collaboration avec les conseillers régionaux de l'OMS en santé mentale, dont les noms suivent:

Dr Vijay Chandra
Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est
New Delhi, Inde
chandrav@whosea.org

Dr Xiangdong Wang
Bureau régional OMS du Pacifique occidental
Manille, Philippines
wangx@wpro.who.int

Dr Custodia Mandlhate
Bureau régional OMS de l'Afrique
Brazzaville, République du Congo
mandlhatec@whoafr.org

Dr José Miguel Caldas de Almeida
Bureau régional OMS des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé
Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique
caldasaj@paho.org

Dr Ahmad Mohit
Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale
Le Caire, Egypte
mohita@emro.who.int

Dr Wolfgang Rutz
Bureau régional OMS de l'Europe
Copenhague, Danemark
wru@who.dk