



Conseil économique
et social

Distr.
LIMITÉE

E/ICEF/1996/P/L.64

7 juin 1996

FRANÇAIS

ORIGINAL : ANGLAIS, ESPAGNOL
ET FRANÇAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Session annuelle de 1996
17-21 juin 1996
Point 13 de l'ordre du jour provisoire*

POUR SUITE À DONNER

COMITÉ MIXTE UNICEF/OMS DES DIRECTIVES SANITAIRES

Rapport de la session extraordinaire du Comité tenue au
Siège de l'Organisation mondiale de la santé, à Genève,
les 15 et 16 mai 1996

RÉSUMÉ

Le présent rapport contient les recommandations que le Comité mixte UNICEF/OMS des directives sanitaires du Conseil d'administration de l'UNICEF et du Conseil exécutif de l'OMS a adoptées à sa session extraordinaire, tenue au Siège de l'OMS, à Genève, les 15 et 16 mai 1996.

* E/ICEF/1996/13.







Comité mixte UNICEF-OMS des Directives sanitaires
Session extraordinaire
OMS, Genève, 15-16 mai 1996

JCHPSS/96.5
3 juin 1996

RAPPORT DU COMITE MIXTE UNICEF-OMS DES DIRECTIVES SANITAIRES SUR LES TRAVAUX DE SA SESSION EXTRAORDINAIRE

I. OUVERTURE (POINT 1 DE L'ORDRE DU JOUR)

1. Le Dr Yuji Kawaguchi, Directeur de la Division des Affaires interinstitutions, a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants.

2. Le Professeur Li Shichuo, Président du Conseil exécutif de l'OMS, a été élu à l'unanimité Président de la session. Le Dr Kiasekoka Nlemvo Joao Miguel, membre du Conseil d'administration de l'UNICEF, et le Dr K. Leppo, membre du Conseil exécutif de l'OMS, ont été élus Rapporteurs. Le Comité a pris note des regrets exprimés par les membres ci-après, qui étaient dans l'impossibilité d'assister à la session : le Dr A.R.S. Al-Muhailan, le Dr B.L. Shrestha et le Dr K. Kalumba. La liste des participants est jointe en annexe.

3. Le Comité a adopté l'ordre du jour¹ tel que modifié par l'adjonction d'un point relatif à l'initiative spéciale du système des Nations Unies en faveur de l'Afrique. Dans ses observations liminaires, le Président a rappelé que le Comité pouvait se targuer de maint succès dans l'action entreprise depuis des années pour encourager et faire appliquer une approche plus humaine et plus dynamique de la santé. La principale tâche de la présente session était de faire le point des progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs adoptés en 1990 dans le domaine de la santé au Sommet mondial pour les enfants, ainsi que des objectifs à la mi-décennie. Le bilan montrerait que la simple définition des objectifs avait contribué à encourager les efforts, non seulement de l'OMS et de l'UNICEF, mais aussi de tous ceux qu'intéressent la santé et le bien-être des enfants et des femmes. Il est important que le Comité évalue la situation actuelle et propose des actions réalistes pour les cinq années à venir.

4. Le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, a souhaité la bienvenue aux participants et, tout spécialement, à Mme Carol Bellamy, Directeur général de l'UNICEF, que le Comité accueillait pour la première fois. Il a dit être convaincu que la collaboration instaurée de longue date entre les deux organisations se développerait en force et en efficacité dans l'intérêt des Etats Membres et de leurs populations, notamment les femmes et les enfants.

5. Des succès notables ont été remportés dans la vaccination des enfants. L'éradication de la poliomyélite a été certifiée dans la Région des Amériques en 1994 et l'OMS compte parvenir à la certification dans tous les pays du monde d'ici la fin du siècle. Des progrès sensibles sont d'autre part enregistrés en vue de l'éradication de la dracunculose et de l'élimination du tétanos néonatal, de la lèpre et de la maladie de Chagas ainsi que dans la lutte contre la rougeole et l'onchocercose. Il reste toutefois d'immenses défis à relever. Les maladies infectieuses sont la principale cause de décès prématuré dans le monde : sur quelque 52 millions de décès par toutes causes enregistrés en 1995, plus de 17 millions étaient imputables à des maladies infectieuses et environ neuf millions sont survenus chez de jeunes enfants. Les maladies les plus meurtrières en 1995 ont été les infections aiguës des voies respiratoires inférieures, les maladies diarrhéiques, y compris le choléra, la typhoïde et la dysenterie et, enfin, le paludisme. Cette dernière maladie pose un problème particulièrement grave en Afrique où, dans les zones rurales, elle tue un enfant sur 20 avant l'âge de cinq ans. Quant à la rougeole, au tétanos néonatal et à la coqueluche, ils sont encore responsables de taux de mortalité infantile très élevés. Il ne faut pas que les programmes de vaccination se relâchent.

¹ Document JCHPSS/96.1/Rev.2.

6. Cette dure réalité doit renforcer la détermination de l'UNICEF et de l'OMS de mobiliser toutes les ressources disponibles et de redoubler d'énergie pour assurer la survie et la santé des enfants du monde. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance est une approche prometteuse qu'il faudrait intégrer aussi vite que possible dans les systèmes de santé nationaux et les systèmes de santé de district. La série de directives thérapeutiques types et le cours de formation pour agents de santé de premier niveau mis au point conjointement par l'UNICEF et l'OMS seront à cet égard un outil important.

7. Dans la grande majorité des cas, morbidité et mortalité maternelles peuvent être évitées. Une grossesse n'est pas une maladie et la prévention des décès et des incapacités qu'elle peut entraîner n'exige ni médicaments coûteux ni techniques de pointe. Toutes les femmes enceintes ou qui accouchent devraient avoir accès à des soins de santé primaires de base de qualité, de même qu'à des services d'orientation-recours en temps opportun pour bénéficier de soins obstétricaux essentiels en cas de complications. La présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement est un facteur déterminant, tant pour la mère que pour l'enfant, comme cela a été souligné à maintes reprises. Quelques progrès ont été accomplis à cet égard mais à travers le monde, près de la moitié des femmes continuent à accoucher sans aide qualifiée ou avec une assistance des plus élémentaires. L'UNICEF et l'OMS ont insisté sur l'importance qu'il y avait à continuer de renforcer les services de sages-femmes qualifiées.

8. Ce qu'il faudrait avant tout, c'est la détermination politique et professionnelle de financer durablement des mesures de lutte contre la maladie bien planifiées et rentables qui puissent sauver des vies et améliorer la qualité de vie des enfants et de leurs mères. L'avenir de tous les pays dépend des jeunes générations. C'est encore dans les pays les plus démunis, notamment sur le continent africain, que les besoins sont les plus grands - ce qui explique que l'initiative spéciale du système des Nations Unies en faveur de l'Afrique ait inscrit la santé au tout premier rang des priorités. Un effort concerté pour opérer une réforme équitable du secteur de la santé d'ici cinq à dix ans dans tous les pays africains contribuera à faire reculer les maladies de l'enfance et à combattre plus efficacement les maladies infectieuses, dont le paludisme. Il devrait être possible d'assurer un meilleur accès aux services de santé génésique qui sont des plus nécessaires dans la plupart des pays et de prendre encore d'autres mesures pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

9. Le Comité doit indiquer la voie à suivre pour trouver des solutions viables garantissant la sécurité sanitaire pour tous. Il faut un effort résolu pour parvenir aux cibles fixées lors du Sommet mondial pour les enfants. En particulier, il faut sensibiliser la communauté internationale à la nécessité et à la possibilité de combattre la pauvreté en améliorant la santé. La solidarité entre pays et entre générations est la meilleure garantie de la sécurité et de la prospérité pour tous.

10. Mme Carol Bellamy, Directeur général de l'UNICEF, a déclaré que son organisation accordait un rang de priorité très élevé à l'action du Comité mixte des Directives sanitaires, étant donné que la santé et la nutrition restaient au coeur des programmes de l'UNICEF dans plus de 140 pays en développement. Depuis la session précédente du Comité, trois faits nouveaux importants survenus à l'UNICEF ont eu un impact direct sur l'action menée dans le domaine de la santé et de la nutrition : en janvier 1996, le Conseil d'administration de l'UNICEF a approuvé la première déclaration jamais faite sur sa mission, où il est affirmé que l'action de l'UNICEF est guidée par la Convention relative aux droits de l'enfant; en septembre 1995, le Conseil d'administration a approuvé une stratégie de santé actualisée qui a été examinée en détail avec l'OMS; enfin, l'UNICEF a récemment réorganisé sa division Santé à New York.

11. La présente session du Comité est importante parce qu'elle aidera à évaluer les progrès réalisés dans le monde en vue des objectifs fixés pour la mi-décennie lors du Sommet mondial pour les enfants et contribuera à jeter les bases du rapport que le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies soumettra à l'Assemblée générale un peu plus tard dans l'année. Des résultats remarquables ont été obtenus dans la réduction de la mortalité infantile mais la situation en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud reste grave. Des progrès ont été accomplis dans la lutte contre la diarrhée. Malgré les efforts, les infections respiratoires aiguës sont à l'origine d'un tiers environ de tous les décès d'enfants dans 65 des 88 pays qui présentent les taux de mortalité les plus élevés. Sur le plan mondial, les 80 % de couverture

vaccinale atteints en 1990 ont pu être maintenus, ce qui permet de sauver chaque année plus de deux millions de jeunes enfants. En même temps, les systèmes de soins de santé primaires ont pu être renforcés dans de nombreux pays. La malnutrition, dont la prévalence reste élevée parmi les jeunes enfants du monde en développement, est responsable de plus de 50 % des décès de jeunes enfants. Ces deux dernières années, des programmes d'iodation du sel ont permis de réduire de moitié le nombre d'enfants exposés aux troubles dus à une carence en iode, principale cause de déficience mentale chez l'enfant. Les formes graves d'avitaminose A, y compris la cécité, ont nettement régressé dans de nombreux pays grâce à de vastes programmes de distribution d'aliments d'appoint. Quant à la réduction de l'anémie ferriprive, il faut lui accorder un rang de priorité plus élevé. L'allaitement au sein, indispensable pour lutter contre la malnutrition, doit redevenir la norme dans le monde.

12. La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles doit être prioritaire dans l'action de collaboration entre l'UNICEF et l'OMS, non seulement parce que les femmes paient un tribut excessif, mais aussi parce que le décès d'une mère réduit considérablement les chances de survie et de développement sain de ses enfants. De plus, si l'on veut arriver à l'objectif de l'accès universel à une eau potable salubre et à des mesures d'assainissement, les communautés doivent jouer un rôle beaucoup plus important dans la planification et la gestion de ces services de base; il faut trouver des modalités plus équitables de financement et instaurer une collaboration beaucoup plus étroite entre tous les organismes qui travaillent dans le secteur.

13. La Convention relative aux droits de l'enfant constitue un cadre d'action pour le tournant du siècle. La ratification et l'application universelles de la Convention signifieront que tous les enfants auront accès aux services de base et d'appui nécessaires à leur survie, leur protection et leur développement. Définir des buts dictés par le réalisme et par des considérations pratiques ne dispense pas de l'obligation de poursuivre les efforts jusqu'à ce que les droits de l'enfant soient une réalité.

14. Il faut analyser les leçons de la première moitié de la décennie, en coordination avec les autorités sanitaires de chaque pays et toute une gamme d'organisations internationales, et s'attacher à mettre en oeuvre des approches plus efficaces. Pour réussir, il faudra intégrer beaucoup plus étroitement les efforts en matière de santé et insister beaucoup plus sur la participation des communautés. L'enfant et la famille ne doivent pas être vus dans une optique sectorielle: ils vivent dans des ménages et des communautés où sont dispensés la plupart des soins de base. Plusieurs problèmes de santé importants, notamment le paludisme et l'infection à VIH/SIDA, pour lesquels aucun objectif mondial n'a été fixé, doivent eux aussi retenir l'attention.

15. Il faut renforcer les stratégies de promotion de la santé et de la nutrition en privilégiant les changements de comportement dans la famille et le ménage. Les gens eux-mêmes peuvent atténuer le fardeau de la maladie en apportant des changements modestes mais déterminants dans leurs habitudes quotidiennes et leur mode de vie, y compris leur régime alimentaire. Les changements de comportement sont particulièrement importants dans le contexte des problèmes de santé des adolescents. L'initiative spéciale du système des Nations Unies en faveur de l'Afrique offre une occasion d'accélérer les actions en vue de réduire la mortalité infantile et maternelle en Afrique subsaharienne. Il faut poursuivre et améliorer la surveillance et le suivi dans tous les domaines de la santé et de la nutrition. Beaucoup reste à faire dans les pays tant industrialisés qu'en développement pour utiliser les données au profit des enfants. Mobiliser des ressources supplémentaires en faveur de la santé et de la nutrition est un défi de taille. A cet égard, il est encourageant de noter que, lors d'une réunion récemment convoquée à Oslo par les gouvernements norvégien et néerlandais, les participants ont réaffirmé que l'initiative 20/20 constituait l'une des propositions les plus prometteuses face à la crise actuelle du financement des services sociaux de base.

16. A mi-chemin entre le Sommet mondial pour les enfants et l'an 2000, la volonté politique de donner à chaque enfant un meilleur avenir se traduit de plus en plus par des résultats tangibles, malgré les conflits internes et les catastrophes, naturelles ou non, qui frappent tant de pays. Ces progrès signifient que, par rapport à 1990, environ 2,5 millions d'enfants seront sauvés en 1996. Le rythme sans précédent des améliorations constituera la passerelle vers le XXI^e siècle que tous les enfants pourront emprunter.

II. EXAMEN DE RESOLUTIONS DE L'OMS ET DE DECISIONS DE L'UNICEF (POINT 2 DE L'ORDRE DU JOUR)

17. Le document examiné² passe en revue différentes résolutions sur l'amélioration de la santé des femmes et des enfants adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1995 et par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 1996 ainsi que des décisions adoptées par le Conseil d'administration de l'UNICEF depuis sa trentième session dans le domaine de la santé. Le Comité a ainsi la possibilité de proposer des approches novatrices qui dynamiseront la mise en oeuvre des politiques et de porter les résolutions et décisions à l'attention des organes directeurs des deux organisations, en proposant des mesures concrètes.

RESOLUTIONS DE L'OMS

Opérations de secours d'urgence et d'aide humanitaire (WHA48.2)

18. La présence de l'UNICEF et de l'OMS sur le terrain avant, pendant et après des situations d'urgence met les deux organisations en mesure de coordonner leurs préparatifs, la prise en charge des crises ainsi que les activités de redressement. Il a été souligné que le rôle de chaque organisation dans les différents types de situations d'urgence devait être précisé.

19. Le Comité a exprimé son soutien aux efforts déployés pour élaborer un mémorandum d'accord et a recommandé que le processus soit mené à bien dans les meilleurs délais et que la négociation d'autres accords de collaboration pratique soit poursuivie dans le cadre de consultations régulières, de manière à développer la coopération sur le terrain entre les représentants de UNICEF et de l'OMS dans les pays, par exemple pour la préparation aux situations d'urgence ou la formation.

Intensification de la coopération avec les pays les plus démunis (WHA48.3)

20. Le Comité a pris note de la résolution et souligné l'approche dynamique de l'OMS pays par pays. On a fait observer que les ressources devaient être utilisées en vue d'une efficacité maximale et d'une collaboration réelle au niveau des pays. Le Comité a pris acte de la détermination des deux organisations, de leurs points communs ainsi que de leurs différences d'approche et, enfin, de la nécessité d'intensifier la coopération dans les pays sur la base d'une mise en commun des expériences.

21. Le Comité a recommandé que l'UNICEF et l'OMS continuent à collaborer pour apporter un appui aux pays les plus démunis, en insistant spécialement sur l'Afrique subsaharienne et les pays les moins avancés.

Prévention des troubles de l'audition (WHA48.9)

22. Il a été noté que l'UNICEF s'occupait de la prévention des troubles de l'audition dans le cadre d'une approche globale intégrée de la prise en charge de l'enfant et de la prévention des incapacités. Il faudrait envisager des moyens d'associer les ménages, les groupes communautaires et les écoles à la prévention des troubles de l'audition et autres incapacités évitables. L'idée-force de la résolution WHA48.9 est de faciliter les activités en insistant sur les systèmes existants de soins de santé primaires de manière intégrée afin de développer l'action de prévention des incapacités de l'enfance.

23. Le Comité, notant que les troubles de l'audition constituaient un obstacle au développement de l'enfant, a demandé que la collaboration se développe à l'avenir entre l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'appui intégré à la prise en charge de l'enfant et à la prévention des incapacités.

² Document JCHPSS/96.2.

Santé en matière de reproduction humaine : rôle de l'OMS dans la stratégie mondiale (WHA48.10)

24. Le Comité a pris note de la résolution et rappelé que la santé de la mère et du nouveau-né était depuis longtemps un important domaine d'action complémentaire et, le cas échéant, d'action conjointe. L'UNICEF et l'OMS souhaitent même développer la coopération dans ce domaine, compte tenu des recommandations du Conseil économique et social des Nations Unies et du CAC concernant le suivi coordonné des conférences internationales, en particulier la Conférence internationale sur la population et le développement.

Stratégie internationale de lutte antitabac (WHA48.11)

25. Le Comité a relevé que l'UNICEF et l'OMS avaient commencé à travailler ensemble dans le cadre de la lutte antitabac. Il a encouragé les deux organisations à poursuivre leur collaboration pour renforcer au niveau mondial les approches globales destinées à prévenir le tabagisme parmi les jeunes, compte tenu du fait que les activités de l'UNICEF s'inscriraient dans la stratégie sanitaire approuvée par son Conseil d'administration.

Adaptation de l'OMS aux changements mondiaux : pour une nouvelle stratégie de la santé pour tous (WHA48.16)

26. Notant que le thème de la résolution était également mentionné dans la décision 1995/28 du Conseil d'Administration de l'UNICEF, le Comité a jugé que la réactualisation de la stratégie de la santé pour tous était une activité prioritaire et a recommandé que les deux organisations continuent de collaborer étroitement aux niveaux mondial, régional et national.

27. Le Comité a pris note des renseignements contenus dans le document³ concernant les résolutions ci-après de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës : prise en charge intégrée de l'enfant malade (WHA48.12)

Lutte contre les maladies transmissibles : maladies infectieuses nouvelles, émergentes et réémergentes (WHA48.13)

Sommet de Paris sur le SIDA (WHA48.27)

Création d'un programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le SIDA (WHA48.30)

Lutte contre les troubles dus à une carence en iode (EB97.R9)

DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNICEF

Coordination des activités de l'UNICEF concernant le VIH/SIDA (1995/13)

28. Le Comité a pris note de la décision et appelé l'attention sur la nécessité de travailler avec le programme ONUSIDA.

Stratégies de l'UNICEF en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement (1995/22)

29. Le Comité a pris note de la décision et, dans ce contexte, a soulevé la question de la participation financière de la communauté. Il a été décidé que l'UNICEF et l'OMS devraient examiner cette question dans le cadre de leurs activités de collaboration en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

³ JCHPSS/96.2.

30. Le Comité a pris note des décisions ci-après du Conseil d'Administration de l'UNICEF, faisant observer qu'elles correspondaient à des nécessités pratiques - mettre en oeuvre les politiques de santé internationales et garantir l'accès aux services essentiels, particulièrement là où les ressources manquent.

Suivi de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1996/3)

Développement de la coopération avec le Rotary International pour l'éradication de la poliomyélite et élargissement de l'initiative pour l'indépendance en matière de vaccins (1996/17)

Stratégie de l'UNICEF dans le domaine de la santé (1995/28)

Suivi de la Conférence internationale sur la population et le développement (1995/29)

31. Le Comité a recommandé que les deux organisations continuent à collaborer étroitement aux niveaux mondial, régional et national afin de tirer les leçons de l'expérience et, partant, de mettre au point de nouvelles orientations.

III. SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS : BILAN DES PROGRES A LA MI-DECENNIE ET PREPARATIFS POUR L'AN 2000 (POINT 3 DE L'ORDRE DU JOUR)

32. Le document à l'étude⁴ énonce les objectifs pour l'an 2000 et les objectifs pour la mi-décennie fixés en matière de santé lors du Sommet mondial pour les enfants, en indiquant les progrès accomplis et les obstacles qu'il reste à surmonter.

33. Le Comité était invité à donner des avis sur les moyens de maintenir l'élan et la pression pour garantir la continuité de l'appui politique et financier aux activités nécessaires à la réalisation des objectifs. Il a souligné qu'il était important de privilégier la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles ainsi que l'approvisionnement en eau et l'assainissement, en prenant note des besoins spéciaux de l'Afrique et de l'Asie du Sud. Il a été fait observé que, pour progresser dans ces domaines, la volonté politique était tout aussi importante que les ressources.

34. Il a été souligné que les objectifs étaient un outil de développement qu'il fallait utiliser judicieusement pour qu'ils contribuent à la réalisation des finalités du développement à long terme. De remarquables succès ont été enregistrés mais il y a eu aussi des échecs dont il faut tirer les leçons pour parvenir aux objectifs fixés. Dans ce contexte, l'importance d'un bon fonctionnement des systèmes de santé de district a été souligné. On a également fait observer que la Convention relative aux droits de l'enfant conférait à chaque enfant le droit à la survie, à la protection et au développement et qu'il fallait tout faire pour toucher les enfants qui étaient encore hors d'atteinte.

35. L'initiative spéciale du système des Nations Unies en faveur de l'Afrique offre une occasion particulière de faire reculer la mortalité infantile et maternelle. Etant donné les nombreux décès d'enfants et de mères en Asie du Sud, il faut également accorder une attention spéciale aux pays de cette région.

SANTE DES ENFANTS

36. En ce qui concerne la réduction de la *mortalité infantile*, le Comité a appelé l'attention sur la nécessité d'évaluer l'efficacité relative de diverses approches et d'envisager les interconnexions entre différentes activités. Outre les programmes visant à réduire le nombre des décès dus à la diarrhée, aux infections respiratoires aiguës et aux maladies que la vaccination permet d'éviter, il faut agir pour faire reculer les décès dus au paludisme. Un surcroît d'attention et de ressources seront nécessaires pour pouvoir atteindre l'objectif. Des efforts sans relâche doivent être déployés pour assurer à tous les enfants des soins de santé satisfaisants. Le Comité a recommandé l'intégration des activités au niveau du district pour réduire la mortalité infantile et maternelle.

⁴ JCHPSS/96.3.

37. Le Comité a relevé que des progrès sensibles avaient été accomplis en vue d'atteindre l'objectif de la mi-décennie en matière de *vaccination* et qu'il y avait de bonnes chances d'atteindre l'objectif de la fin de la décennie, pour autant que les ressources nécessaires puissent être mobilisées. Il s'est félicité des renseignements détaillés donnés sur les coûts et les avantages des vaccinations et a **recommandé** que d'autres programmes s'efforcent de fournir des données financières analogues. Il est important d'assurer la pérennité des programmes, d'améliorer l'accès aux services et de renforcer la gestion. Les activités d'éradication de la poliomyélite devraient servir à développer la vaccination et d'autres activités s'inscrivant dans les soins de santé primaires. Il faudrait en priorité atteindre les 20 % de la population infantile qui ne sont pas encore protégés. Parmi les autres actions à entreprendre au cours des cinq prochaines années, il faudra privilégier les pays enregistrant des résultats médiocres, promouvoir l'approche à haut risque pour le tétanos néonatal – qui constitue la stratégie la plus rentable – accélérer le programme de lutte antirougeoleuse dans les pays et les zones où la maladie fait peser un lourd fardeau et, là où la poliomyélite est encore endémique, aider les pays à pratiquer la vaccination systématique et à organiser des journées nationales de vaccination.

38. En ce qui concerne la *lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës*, le Comité a souligné l'importance des liens entre les divers secteurs dont les activités ont un impact sur la réalisation des objectifs. Ainsi, les objectifs en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement ont directement à voir avec la réduction de la mortalité liée à la diarrhée. Même là où il n'a pas encore été possible d'améliorer les services d'alimentation en eau et d'assainissement, il faut malgré tout continuer à encourager des comportements sains et mener des interventions appropriées au niveau de la communauté et des services de santé pour réduire la morbidité et la mortalité.

39. Le Comité s'est dit en faveur de l'approche intégrée de la *prise en charge des maladies de l'enfance* englobant les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et divers aspects de la malnutrition. Il a été noté que les buts fixés pour l'an 2000 en matière de réduction de la mortalité due à la diarrhée et aux infections respiratoires aiguës restaient techniquement réalisables mais que, pour les atteindre, il faudrait accroître sensiblement la volonté politique d'agir et les ressources. Il conviendrait que l'UNICEF et l'OMS envisagent le niveau d'activités nécessaire pour y parvenir, évaluent la faisabilité de l'entreprise et replanifient leur appui aux activités de lutte dans les pays. Les efforts de lutte contre les maladies diarrhéiques doivent assurer la pérennité des actions destinées à promouvoir la thérapie de réhydratation orale, notamment améliorer l'accès aux sels de réhydratation orale et la communication en faveur de changements de comportement. En outre, il faut insister davantage sur le traitement de la dysenterie et de la diarrhée persistante. Toutes ces activités doivent s'inscrire dans le long terme et exigent que soient fixées au niveau national des cibles adaptées aux besoins et aux ressources des pays.

SANTE ET EDUCATION DES FEMMES

40. Le Comité a noté que, si la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales était depuis longtemps un objectif commun de l'UNICEF et de l'OMS, il fallait lui accorder une plus grande attention. On dispose depuis quelque temps seulement d'estimations fiables des données de base de 1990, tant sur le plan mondial que pour chaque pays. Le cap de la mi-décennie a déjà été franchi et il faut de toute urgence engager les ressources et prendre les mesures nécessaires pour parvenir à l'objectif fixé pour la fin de la décennie. L'UNICEF et l'OMS doivent se servir de ces nouvelles estimations pour mieux sensibiliser à l'ampleur du problème et à la possibilité de le résoudre. Les interventions nécessaires sont connues : planification familiale, soins à la mère et au nouveau-né (y compris soins prénatals, soins pendant l'accouchement et soins post-partum de qualité acceptable), accès aux soins obstétricaux pour toutes les femmes enceintes et soins essentiels en cas de complications obstétricales. Les mesures prioritaires ayant été identifiées, il est indispensable que les deux organisations s'engagent dès à présent à les appuyer.

41. Au lieu d'utiliser le peu de ressources à mesurer la mortalité maternelle, il faut privilégier la mise en oeuvre d'interventions efficaces dans le cadre des soins de santé primaires et se servir d'indicateurs de processus pour surveiller l'exécution des programmes. L'UNICEF et l'OMS devraient publier dès maintenant leurs lignes directrices communes pour la surveillance de la mortalité maternelle afin que les administrateurs de programme et les décideurs puissent s'en servir pour évaluer les progrès accomplis.

42. La nécessité de tirer les enseignements des succès et des échecs du passé a été soulignée. On sait par exemple aujourd'hui que la formation des accoucheuses traditionnelles n'est un moyen de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales que dans la mesure où ces accoucheuses reçoivent un appui continu, sont régulièrement encadrées et sont reliées fonctionnellement à un système de soins maternels avec orientation-recours.

43. Vu l'urgence de la situation, le Comité a souligné qu'il était indispensable de bien doter en matériel et en personnel les systèmes de santé de district et important d'insister sur le renforcement de la volonté politique et l'accroissement des ressources.

OBJECTIFS LIÉS A LA NUTRITION

44. Le Comité a examiné les progrès qui ont été faits dans la réalisation des six objectifs liés à la nutrition, à savoir : la malnutrition, les troubles dus à une carence en iode, la carence en vitamine A et en fer, l'allaitement au sein, la surveillance et la stimulation de la croissance. En outre, il a pris note des succès obtenus dans certains secteurs, notamment en ce qui concerne la lutte contre les troubles dus à une carence en iode. L'attention du Comité s'est portée sur les résultats qu'une analyse exhaustive des données a récemment fournis, à savoir qu'en moyenne, la mortalité des enfants en bas âge (de 6 à 59 mois) est imputable à hauteur de 56% à la malnutrition, et davantage à une malnutrition légère à modérée (83%) qu'à une malnutrition grave.

45. Il a été admis que les secteurs suivants offrent des perspectives prometteuses à la coopération : lutte contre la carence en vitamine A et la carence martiale, encouragement de l'allaitement au sein et d'une alimentation complémentaire appropriée, amélioration de la nutrition des filles et des femmes. Le Comité a noté qu'il y a un lien entre pauvreté et malnutrition, mais il estime que l'on peut néanmoins prendre des mesures efficaces pour faire reculer cette dernière. On a souligné l'importance fondamentale de l'éducation nutritionnelle et de la diversification des régimes alimentaires dans la lutte contre les deux formes de malnutrition : protéino-énergétique et par carence en micronutriments. Le Comité a admis que l'état nutritionnel est susceptible de servir d'indicateur de la pauvreté et du développement.

APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT

46. Le Comité a reconnu que l'approvisionnement en eau et l'assainissement étaient un domaine prioritaire tant pour l'UNICEF que pour l'OMS. Dans de récentes décisions, le Comité ainsi que le Conseil d'administration de l'UNICEF et le Conseil exécutif de l'OMS ont souligné la nécessité de renforcer la collaboration pour mettre au point de nouvelles approches permettant d'atteindre les populations non desservies, notamment en matière d'assainissement, de procéder à une surveillance au niveau national et de répondre aux besoins de l'Afrique. Plusieurs recommandations ont été formulées : 1) élaborer une approche UNICEF/OMS de la mise en oeuvre des activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement incluant les aspects "financement" et "participation financière de la communauté"; 2) insister davantage sur les services d'assainissement destinés aux groupes plus particulièrement exposés aux maladies résultant de l'insalubrité; 3) renforcer la collaboration en matière de surveillance au niveau national et 4) coopérer plus étroitement dans le cadre de l'initiative spéciale du système des Nations Unies en faveur de l'Afrique, notamment aux activités d'AFRICA 2000 et du groupe de travail Afrique du Conseil de collaboration et aux efforts destinés à appuyer les programmes d'action nationaux.

47. Le Comité a relevé avec satisfaction que le nombre de cas de dracunculose avait diminué de 97 % depuis 1986 et que le nombre de villages infestés était tombé de 23 000 à moins de 8000 fin 1995. Il s'est dit préoccupé de constater que, malgré ces progrès, certains pays ne recevaient pas d'appui pour leurs activités d'éradication de la dracunculose.

48. Le Comité a recommandé à l'UNICEF et à l'OMS de redoubler d'efforts pour assurer un financement suffisant aux programmes nationaux de lutte contre la dracunculose, notamment en ce qui concerne la surveillance, l'isolement des cas et la supervision des activités et pour faire en sorte que ces interventions soient maintenues au moins au niveau de 1995 tout au long de 1996 et de 1997. A cet égard, le Comité a souligné l'importance d'un appui politique et économique durable aux programmes d'éradication de la dracunculose.

AUTRES OBJECTIFS

49. Dans le cadre de l'objectif fixé pour l'éducation de base lors du Sommet mondial pour les enfants, un objectif à la mi-décennie avait été défini pour la lutte contre l'infection à VIH/SIDA. Le Comité a noté à cet égard que les travaux s'étaient poursuivis pour établir un indicateur concernant la proportion de personnes âgées de 15 à 49 ans et de jeunes âgés de 15 à 19 ans capables de citer au moins deux moyens acceptables de se protéger contre le VIH et que des progrès avaient été accomplis dans la surveillance des niveaux de prévalence du VIH parmi les femmes 15 à 24 ans vues dans les dispensaires prénatals. Des études de terrain en Ouganda ont révélé une tendance à la baisse de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes suivies dans le cadre d'une étude de surveillance du VIH. D'autre part, le Comité a rappelé que l'UNICEF et l'OMS devaient travailler en étroite collaboration avec le programme ONUSIDA, notamment dans ce but.

DOCUMENT D'INFORMATION

50. Le Comité a pris note du projet de document d'information⁵ qui donne des renseignements exhaustifs sur les progrès réalisés à la mi-décennie ainsi que les perspectives pour l'an 2000 compte tenu des objectifs fixés lors du Sommet mondial pour les enfants. Il s'est félicité de la collaboration très étroite instaurée entre l'UNICEF et l'OMS pour aider les gouvernements à suivre les progrès accomplis en vue des objectifs.

51. Le Comité a formulé plusieurs observations sur les données présentées dans le document et demandé qu'elles soient actualisées compte tenu des derniers faits nouveaux (notamment dans des domaines d'action prioritaires négligés comme la réduction de la mortalité maternelle) afin que le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies puisse les utiliser dans le rapport qu'il communiquera à l'Assemblée générale en septembre 1996. Le Comité a d'autre part noté qu'en cette fin de décennie, il fallait réaffirmer la volonté politique de cibler les ressources sur les besoins sanitaires des enfants et des femmes, particulièrement en Afrique et en Asie du Sud.

52. Le Comité a recommandé que l'UNICEF et l'OMS actualisent le document de manière que le rapport qui sera soumis par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies à l'Assemblée générale en septembre 1996 rende compte des derniers faits nouveaux, notamment dans les domaines d'action prioritaires négligés.

IV. INITIATIVE SPECIALE DU SYSTEME DES NATIONS UNIES EN FAVEUR DE L'AFRIQUE (POINT 4 DE L'ORDRE DU JOUR)

53. Des renseignements ont été présentés sur l'initiative spéciale du système des Nations Unies en faveur de l'Afrique, qui est axée sur quatre idées-forces : intensifier l'appui pour instaurer les conditions de base nécessaires à la paix civile et au développement économique; mener des actions pour améliorer la vie des gens en ouvrant l'accès à l'éducation et à la santé, particulièrement aux petites filles et aux femmes, et mener parallèlement des actions concernant l'emploi et le développement de moyens d'existence durables; renforcer la capacité de l'administration générale; enfin, assurer durablement la sécurité sur le plan alimentaire et celui de l'approvisionnement en eau.

54. Les deux organisations se sont engagées à concrétiser l'initiative, notamment ses composantes ayant trait à la santé et aux domaines apparentés. L'UNICEF et l'OMS, avec d'autres organisations concernées, prennent actuellement des mesures pratiques pour renforcer la collaboration à l'appui des stratégies de mise en oeuvre impulsées par les pays.

55. Un aspect important de l'initiative a été souligné - à savoir, la participation des institutions de Bretton Woods, vu la nécessité de réduire le lourd fardeau que fait peser le service de la dette sur les pays concernés. L'appropriation de l'initiative par les pays africains, la motivation du personnel et la nécessité

⁵ Document JCHPSS/96.3/Add.1.

d'un véritable partenariat au niveau national ont été mises en relief; en effet, si les priorités et les vucs de la communauté internationale sont imposées d'en haut, on risque fort de courir à l'échec comme avec les initiatives antérieures.

V. AUTRES QUESTIONS (POINT 5 DE L'ORDRE DU JOUR)

Ordre du jour provisoire de la prochaine session du Comité

56. Cinq questions susceptibles d'être examinées à l'avenir ont été soumises au Comité. Reconnaissant qu'il était préférable d'examiner en profondeur quelques thèmes importants plutôt que d'aborder toute une série de sujets, le Comité a décidé de limiter à deux le nombre des points de l'ordre du jour, à savoir les systèmes de santé de district, d'une part, et l'eau et l'assainissement, de l'autre. L'examen du point relatif aux systèmes de santé de district devra également porter sur l'interface entre ces systèmes et la promotion de la santé. Il a été demandé aux deux Secrétariats de développer tous ces points autant qu'il sera nécessaire pour la préparation de la prochaine réunion.

Date et lieu de la prochaine session du Comité

57. Le Comité a décidé de tenir sa trente et unième session à Genève; les dates des 27 et 28 janvier 1997, après le Conseil exécutif de l'OMS, ou des 29 et 30 janvier 1997 ont été proposées. Toutefois, cette deuxième possibilité poserait des problèmes pour les membres du Conseil exécutif de l'OMS. Les deux secrétariats ont été priés de préparer la réunion et de s'entendre sur les dates.

V. CONCLUSIONS

58. M. S. Jarrett, responsable de la division Santé, s'exprimant au nom du Directeur général de l'UNICEF, a remercié tous les participants de leur précieux concours aux débats, qui ont permis au Comité de donner des orientations utiles pour l'avenir.

59. Le Dr R. H. Henderson, Sous-Directeur général, prenant la parole au nom du Directeur général de l'OMS, a loué la qualité des nombreux exposés informatifs faits lors de la session et félicité les personnes concernées, en particulier le Président et les Rapporteurs, d'avoir mené les travaux avec une telle efficacité.

60. Le Professeur Li Shichuo, Président, a remercié tous les membres du Comité et le personnel d'appui d'avoir contribué à assurer le succès de cette session extraordinaire.

* * * *

LISTE DES PARTICIPANTS

Membres du Conseil d'administration de l'UNICEF

- S. E. Monsieur Ion Gorita**, Ambassadeur et Président du Conseil d'administration de l'UNICEF, Roumanie
Dr Kiasekoka Nlemvo Joao Miguel, Inspecteur national de la santé, Ministère de la Santé, Angola
Dr Inga Grebesheva, Directeur général, Association russe du planning familial, Fédération de Russie
Dr David Nabarro, Director, Human Development, Overseas Development Administration, Royaume-Uni
Dr Oscar Feo-Isturiz, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Venezuela
Dr Suyono Yahya, Secrétaire exécutif, Ministère de la Coordination des Affaires sociales, Indonésie

Membres du Conseil exécutif de l'OMS

- Professeur Li Shichuo**, Président du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé, Directeur général, Département de la Coopération internationale, Ministère de la Santé, République populaire de Chine
Dr Jo Ivey Boufford, Principal Deputy Assistant Secretary for Health, US Public Health Service, Department of Health and Human Services, Etats-Unis d'Amérique
Dr K. Leppo, Directeur général, Département des Services sociaux et sanitaires, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Finlande
Dr Ngo Van Hop, Directeur, Département de la Coopération internationale, Viet Nam (*suppléant*)

Secrétariat de l'UNICEF

- Mme Carol Bellamy**, Directeur général
M. S. Lewis, Directeur général adjoint
M. D. Alnwick, Conseiller principal, division Nutrition
Mme L. Bisharat, Directeur du Bureau de la Planification
Dr D. Broun, Chef désigné de la division Santé
M. A. Chowdhury, Secrétaire du Conseil d'Administration
M. Paul Ignatieff, Directeur, UNICEF, Genève
M. S. Jarrett, Administrateur responsable de la division Santé
Dr M. Sharma, Conseiller principal, division Santé

Secrétariat de l'OMS

- Dr Hiroshi Nakajima**, Directeur général
Mme C.L. Abou-Zahr, Administrateur technique, Santé de la mère et du nouveau-né/maternité sans risque (MSM)
M. D.G. Aitken, Sous-Directeur général
M. J.E. Akéré, Administrateur technique, Nutrition (NUT)
Dr George A.O. Alleyne, Directeur du Bureau régional des Amériques
Dr F.S. Antezana, Sous-Directeur général
Dr M.K. Behbehani, Directeur de la Division de la Lutte contre les Maladies tropicales (CTD)
Dr M.A. Belsey, Administrateur de programme, Santé de la famille et santé reproductive (FRH)
Dr G. Benagiano, Directeur du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP)
Dr D. Benbouzid, Professionnel à court terme, Nutrition (NUT)
Mme N. Biros, étude des orientations politiques, Secrétariat exécutif du Directeur général (DGE)
Dr D. Blake, Directeur, Bureau du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles (ASD)
Dr A. Borra, Médecin, Santé de la mère et du nouveau-né/maternité sans risque (MSM)

Dr G.A. Clugston, Directeur par intérim, Division de l'Alimentation et de la Nutrition (FNU)
M. N.E. Collishaw, Spécialiste scientifique, Tabac ou santé (TOH)
Dr M. de Onis, Spécialiste scientifique, Nutrition (NUT)
M. H. Dixon, Chef, Analyse et projection de la situation sanitaire (HSP)
M. S.S. Fluss, Coordonnateur pour les droits de l'homme, Politique de santé et développement (HPD)
Dr H.L. Friedman, Chef, Santé et développement de l'adolescent (ADH)
Dr C.M. Garcia Moreno, Chef, Santé de la femme (WHD)
Dr Hussein A. Gezairy, Directeur du Bureau régional de la Méditerranée orientale
Dr F.L. Gasse, Médecin, Programme élargi de vaccination (EPI)
Dr M. Gonzalez, Chef du service administratif, Secrétariat exécutif du Directeur général (DGE)
Dr A. El-Bindari Hammad, Administrateur exécutif pour la politique de santé et le développement (HPD)
Dr S.T. Han, Directeur du Bureau régional du Pacifique occidental
Dr H.R. Hapsara, Directeur, Division de l'Appréciation de la Situation sanitaire et de ses Tendances (HST)
Dr R.H. Henderson, Sous-Directeur général
Dr D.L. Heymann, Directeur, Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles - Surveillance et Lutte (EMC)
Dr S. Holck, Directeur, Division de la Santé reproductive (RHT)
Dr Hu Ching-Li, Sous-Directeur général
Dr M. Jancloes, Directeur, Division de la Coopération intensifiée avec les Pays (ICO)
Dr Y. Kawaguchi, Directeur, Division des Affaires interinstitutions (INA)
Dr I.S. Kickbusch, Directeur, Division de la Promotion de la Santé, de l'Education et de la Communication pour la Santé (HPR)
Dr A.V. Kondrachine, Chef, Lutte antipaludique (MAL)
Dr A. Koné-Diabi, Sous-Directeur général
Dr J.-W. Lee, Directeur, Programme mondial des vaccins et vaccinations (GPV)
Dr S. Lyagoubi-Ouahchi, Sous-Directeur général par intérim
Dr Maaza Bekele, Division des Affaires interinstitutions (INA) - Secrétaire du Comité
Dr M.H. Mathey-Boo, Chef, Mobilisation des ressources interinstitutions (IRM), Bureau régional de l'Afrique
Mme J. Matsumoto, Division des Affaires interinstitutions (INA)
Dr B. Melgaard, Chef, Programme élargi de vaccination (EPI)
Dr N.P. Napalkov, Sous-Directeur général
Dr P. Nordet, Médecin, Maladies cardio-vasculaires (CVD)
Dr D. O'Byrne, Chef, Education sanitaire et promotion de la santé (HEP)
Dr A.L. Piel, Directeur, Cabinet du Directeur général (CDG)
Dr Uton Muchtar Rafei, Directeur du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est
Dr E.M. Samba, Directeur du Bureau régional de l'Afrique
Dr A.R. Seim, Médecin, Eradication de la dracunculose (DRA)
M. M.A. Subramanian, Administrateur de projet, Bureau du rapport sur la santé dans le monde (WHR)
Dr E. Tarimo, Directeur, Division du Renforcement des Services de Santé (SHS)
Dr B.-I. Thylefors, Directeur, Programme pour la prévention de la cécité et de la surdité (PBD)
Dr J.L. Tulloch, Directeur, Division de la Santé et du Développement de l'Enfant (CHD)
Dr T. Türmen, Directeur exécutif, Santé de la famille et santé reproductive (EXD/FRH)
Dr D. B. Warner, Chef, Hygiène du milieu rural (REH) - représentant du Dr W. Kreisel, Directeur exécutif
Dr G. Watters, Ingénieur sanitaire, Hygiène du milieu rural (REH)
Dr D. Yach, Equipe de coordination de l'élaboration de la politique (PAC)

Observateurs

Dr Eva Ollila, Conseiller du Dr K. Leppo
Mme A. Kazhingu, Deuxième secrétaire (Affaires politiques), Mission permanente de la République de Zambie auprès de l'Office des Nations Unies et d'autres organisations internationales à Genève