NATIONS UNIES **E**

Conseil économique et social

Distr.
GÉNÉRALE

E/ICEF/1998/15
9 juillet 1998
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Deuxième session ordinaire de 1998
8-11 septembre 1998
Point 11 de l'ordre du jour provisoire*

POUR SUITE À DONNER

COMITÉ DE COORDINATION OMS/UNICEF/FNUAP SUR LA SANTÉ

Rapport de la première session du Comité tenue au siège de l'Organisation mondiale de la santé

Genève, 3-4 juillet 1998

RÉSUMÉ

Le présent document contient le rapport de la première session du Comité de coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la santé qui a tenu sa réunion inaugurale les 3 et 4 juillet 1998 au siège de l'OMS à Genève. On trouvera également dans ce rapport le mandat du Comité.

* E/ICEF/1998/12.

98-20132/1 (F)

98-20132 D

Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé **CCH(98)/Rapport**
Première réunion
Genève, 3-4 juillet 1998 4 juillet 1998

RAPPORT DU COMITE DE COORDINATION OMS/UNICEF/FNUAP SUR LA SANTE (CCS)

Siège de l'OMS, Genève
3-4 juillet 1998

Table des matières

I. OUVERTURE DE LA REUNION (Point 1 de l'ordre du jour)

II. EXAMEN DU MANDAT DU COMITE DE COORDINATION OMS/UNICEF/FNUAP SUR LA SANTE (CCS) (Point 2 de l'ordre du jour)

III. EXAMEN DE RESOLUTIONS DE L'OMS, DE DECISIONS DE L'UNICEF ET DE DECISIONS DU PNUD/FNUAP (Point 3 de l'ordre du jour)

IV. MATERNITE SANS RISQUE (Point 4 de l'ordre du jour)

V. LA VITAMINE A (Point 5 de l'ordre du jour)

VI. SANTE ET DEVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT (Point 6 de l'ordre du jour)

VII. AUTRES QUESTIONS (Point 8 de l'ordre du jour)

VIII. CLOTURE DE LA REUNION (Point 9 de l'ordre du jour)

ANNEXE 1. Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé - Mandat

ANNEXE 2. Liste des participants

I. OUVERTURE DE LA REUNION (Point 1 de l'ordre du jour)

1. Le Dr Kawaguchi, Directeur, Division des Affaires interorganisations, OMS, a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants.

2. M. De Silva, Conseil exécutif de l'OMS, a été élu Président à l'unanimité. Le Dr Fikri, membre du Conseil exécutif de l'OMS, le Dr Pulido de Briceño, membre du Conseil d'administration de l'UNICEF, et le Dr Papineau Salm, membre du Conseil d'administration du FNUAP, ont été élus Rapporteurs.

3. Le Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé (CCS) a adopté l'ordre du jour.

4. Le Dr Nakajima, Directeur général de l'OMS, a souhaité la bienvenue à tous les participants à la première réunion du Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé (CCS), créé récemment pour renforcer les partenariats et l'action concertée, et permettre une utilisation plus efficace des ressources par les trois organisations. Le Comité s'inspirerait du travail accompli par le Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires et de sa riche expérience de près de cinquante ans. Il a souhaité plein succès au nouvel organe de coordination dans l'accomplissement de ses tâches afin que soient renforcés au maximum l'engagement politique et le soutien public en faveur de la santé des femmes et des enfants et que soient utilisées au mieux les ressources humaines et financières ainsi rendues disponibles.

5. Pendant cette session, le CCS examinerait trois grands problèmes de santé publique de sa compétence: la maternité sans risque, la carence en vitamine A et la santé des adolescents.

6. Dix ans s'étaient écoulés depuis le lancement de l'Initiative pour une maternité sans risque. Le défi que représentait la réduction de la mortalité maternelle avait été largement reconnu et les causes du problème étaient beaucoup mieux connues. Mais, dans de nombreuses régions du monde, les connaissances acquises restaient à mettre en pratique. Les différences qui existaient dans le domaine des soins maternels et périnatals entre nantis et démunis étaient flagrantes. Un renforcement des systèmes de santé s'imposait pour intégrer la prise en charge des cas au niveau local et des services de transfert fiables pour les complications obstétricales. S'il était indispensable d'assurer des services de qualité, il était tout aussi important d'accroître l'utilisation de ces services. La pauvreté, le manque d'instruction et l'impuissance des femmes à prendre les décisions concernant leur santé étaient aussi des facteurs de mortalité maternelle. La maternité sans risque pour toutes les femmes était tributaire d'un engagement politique dans les pays en développement.

7. L'état de santé d'une personne dépendait des faits touchant sa santé survenus depuis sa naissance et de la santé de ses parents. L'état de santé des enfants était largement déterminé par l'état de santé de leur mère et de leur accès aux soins de santé reproductive et à des services de conseil en la matière. Une bonne nutrition était un déterminant essentiel de la santé de la mère et de celle de l'enfant. La plupart des carences en micronutriments pouvaient être rattachées à des facteurs économiques et culturels. La carence en vitamine A (CVA), en particulier, était un problème de santé publique dans de nombreux pays à faibles revenus et elle avait de graves conséquences pour la santé, non seulement chez les enfants d'âge préscolaire mais aussi chez les femmes enceintes. Les rares données dont on disposait sur la prévalence de la CVA chez les femmes indiquaient qu'il s'agissait là d'un important facteur de mortalité maternelle et d'issues défavorables de la grossesse et de la lactation. Il était urgent de prendre des mesures pour veiller à ce que des progrès soient accomplis dans tous les pays. L'un des objectifs de la réunion serait de définir les moyens par lesquels les trois organisations pourraient associer leurs efforts en vue d'élargir la mise en oeuvre d'une stratégie de lutte sur plusieurs fronts: supplémentation en vitamine A, enrichissement des aliments et amélioration de l'alimentation, en particulier par la promotion de l'allaitement au sein et un soutien à la consommation et à la production d'aliments riches en vitamine A.

8. Il était évident que la nécessité d'assurer des soins, une nutrition et un mode de vie appropriés ne s'arrêtait pas à l'enfance. Il était essentiel que des soins appropriés soient dispensés aux adolescents et que ceux-ci soient encouragés à adopter un mode de vie sûr pour être en bonne santé à l'âge adulte.

9. Malgré de nombreuses réalisations, une tâche gigantesque restait à accomplir. Une coordination renforcée des ressources et des activités serait bénéfique à tous. Sur la base de ce principe, une collaboration avait d'abord été établie entre l'OMS et l'UNICEF, et elle avait été extrêmement fructueuse, spécialement grâce à l'extraordinaire générosité de feu Jim Grant et à son dévouement altruiste à la cause des enfants. La collaboration entre l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP permettrait, il en était sûr, de mener à bien ce travail avec une grande compétence, un regain d'énergie et un engagement sans faille à l'égard des valeurs humanistes définissant la mission des trois organisations.

10. Mme Bellamy, Directeur exécutif de l'UNICEF, a dit que lorsque les historiens se pencheraient sur l'état du développement international des dernières années de ce siècle, ils seraient frappés par les tentatives faites pour renforcer la coordination aux niveaux mondial, régional et national. Les pays en développement exigeaient une meilleure coordination des efforts internationaux et, au niveau des pays, de nombreux gouvernements faisaient valoir avec une force accrue leur droit d'assurer cette coordination. La démocratisation, et la pénurie croissante des ressources pour le développement, rendaient plus inacceptables que jamais le double-emploi des efforts et le gaspillage qu'il entraîne, et la révolution des communications et la facilité relative des voyages internationaux avaient fait resortir comme jamais auparavant les faiblesses de la coordination internationale.

11. L'amélioration de la coordination de l'action pour le développement international dans le système des Nations Unies était un élément central de la réforme du système des Nations Unies.

Nombreux étaient ceux qui connaissent le processus du Cadre d'aide au développement des Nations Unies, mis en oeuvre dans 18 pays pilotes. Dans le domaine de la santé, les approches sectorielles (SWAPS) et les programmes d'investissement sectoriels (SIPS) étaient bien accueillis par les pays en développement et soutenus par des gouvernements donateurs clefs. Les trois organisations devraient décider du meilleur moyen d'adapter leurs approches du développement à ces approches ambitieuses et globales.

12. Le Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires, l'un des premiers mécanismes de coordination de haut niveau mis en place dans le système des Nations Unies, avait joué un rôle déterminant en établissant des politiques et des cadres communs à l'appui des programmes et pour leur mise en oeuvre, et il avait servi de point focal pour l'examen des politiques clefs et des indicateurs de progrès et avait formulé des recommandations sur les moyens d'accélérer les progrès.

13. Dans le sillage de la Conférence internationale sur la population et le développement, il était juste que le FNUAP rejoigne l'OMS et l'UNICEF au sein du Comité de coordination sur la santé. Il était aussi naturel que l'ordre du jour couvre trois questions hautement pertinentes pour chacune des trois organisations: la maternité sans risque, la santé des adolescents et la vitamine A (qui apparaissait comme aussi importante pour la santé reproductive des femmes que pour la survie des enfants). Ces questions, essentielles pour les engagements déjà pris au Sommet mondial pour les enfants de 1990, à la Conférence internationale sur la population et le développement, au Caire en 1994 et à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995, seraient aussi essentielles pour les défis à venir.

14. Outre ces trois domaines, elle a estimé que chaque organisation devait réviser son soutien à d'autres domaines prioritaires. Pour réussir à faire reculer le paludisme et combattre le tabagisme, tout le soutien des trois organisations serait nécessaire. Dans l'immédiat, il faudrait aussi revoir et renforcer le soutien aux pays qui luttent contre la pandémie de SIDA, aux effets dévastateurs sur la santé des femmes et des enfants et menaçant comme jamais auparavant la capacité des systèmes de santé.

15. Dans ses efforts pour renforcer la coordination de l'action de santé des trois organisations, le CCS devait s'appuyer sur d'autres mécanismes: le Cadre d'aide au développement des Nations Unies, les Groupes thématiques des Nations Unies créés au niveau des pays et l'ONUSIDA. Il était nécessaire de faire le point des mécanismes de coordination interorganisations qui avaient bien fonctionné et de tirer les leçons de la moindre réussite de certains autres.

16. Les mécanismes de coordination freinant l'initiative et l'innovation et exigeant de nombreux examens et niveaux d'approbation successifs devaient être évités. La coordination était plus aisée lorsque les organisations avaient des buts et des objectifs communs et échangeaient librement leurs informations. Bien qu'un consensus au niveau mondial ait été nécessaire, c'était au niveau des pays que serait réellement démontrée l'efficacité des mécanismes de coordination, notamment par la façon dont étaient respectés et protégés les droits des enfants, des familles et des communautés particulièrement défavorisés. Elle a souhaité que la réunion aiderait à comprendre clairement

comment les discussions du CCS pourraient accélérer l'amélioration de la santé des femmes et des enfants.

17. Le Dr Sadik, Directeur exécutif du FNUAP, a déclaré que c'était un honneur et un privilège de prendre la parole à la première réunion du Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la santé, réunion historique qui avait été longue à se concrétiser. Trois ans auparavant environ, le Conseil d'administration du PNUD/FNUAP avait déjà envisagé de devenir éventuellement membre du Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires, prédécesseur de ce Comité. En mars 1996, le Conseil d'administration du PNUD/FNUAP avait réitéré ce besoin de collaboration accrue et invité le FNUAP à rechercher les moyens de renforcer la coordination pour élaborer des politiques et des programmes de santé mieux coordonnés, santé reproductive comprise, dans le contexte du suivi de la Conférence internationale sur la population et le développement. En fait, le rapport de la session extraordinaire du Comité mixte en mai 1996 avait convaincu le Conseil d'administration du PNUD/FNUAP que le moyen le plus efficace de renforcer la coordination interinstitutions était de devenir membre du Comité. Ce rapport faisait état de discussions fructueuses sur des questions telles que la mortalité maternelle et la santé des adolescents, y compris la santé reproductive des adolescents, domaines l'un et l'autre prioritaires pour le FNUAP et dans lesquels le FNUAP était un acteur clef.

18. Pour le FNUAP, les travaux du Comité étaient très prometteurs. Ils aideraient à mieux focaliser la collaboration et la coordination interorganisations pour la réalisation de buts sanitaires et de buts sociaux apparentés. Les trois organisations avaient en fait collaboré de façon extrêmement satisfaisante, spécialement pour l'élaboration du programme relatif aux services sociaux. Le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement avait situé la santé reproductive dans le contexte des soins de santé primaires, la reconnaissant ainsi comme une composante essentielle de tout module minimum de services de santé. Il était donc important que les trois organisations veillent à ce que leurs activités favorisent le développement du système de santé d'un pays donné.

19. A plus brève échéance, elle a souhaité que le Comité puisse faciliter la conclusion d'un accord entre l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP sur des approches communes, une délimitation plus claire de leurs rôles et responsabilités respectifs, un meilleur échange de méthodologies, données et connaissances et une collaboration plus harmonieuse au niveau des pays pour la mise en oeuvre des buts divers.

20. Aucun but n'était plus noble ni plus urgent que de sauver la vie de femmes, d'hommes et d'enfants ou d'améliorer leur qualité de vie en leur donnant accès à des soins de santé, y compris des soins de santé reproductive. Le Comité avait le pouvoir de faire évoluer la situation dans ces domaines, spécialement en aidant les pays en développement à renforcer leur propre capacité à dispenser des soins de santé de base. Il pourrait aussi aider à améliorer l'efficience et l'efficacité dans l'utilisation des ressources limitées des programmes par un usage optimal des avantages comparatifs des importantes structures de terrain de l'UNICEF et du FNUAP et des compétences techniques de l'OMS pour planifier, dispenser et surveiller des services de santé de qualité.

21. Elle s'est félicitée de cette occasion de travailler avec le Comité et a offert au Comité tout le soutien et la coopération du FNUAP. Le FNUAP était désireux d'entreprendre ce qui, il convenait de l'espérer, serait une longue et fructueuse association aux efforts collectifs du Conseil exécutif de l'OMS et des Conseils d'administration de l'UNICEF et du PNUD/FNUAP, pour renforcer la coordination interorganisations dans le domaine essentiel qu'est celui de la santé.

II. EXAMEN DU MANDAT DU COMITE DE COORDINATION OMS/UNICEF/FNUAP SUR LA SANTE (Point 2 de l'ordre du jour)

22. Le document examiné[1] retraçait près de cinquante ans de collaboration OMS/UNICEF dans le cadre du Comité mixte et l'élargissement du Comité mixte au FNUAP. Il décrivait les mesures prises pour établir le mandat et incluait le texte approuvé par le Conseil exécutif de l'OMS à sa centième session (résolution EB100.R2) ainsi que les recommandations des Conseils d'administration de l'UNICEF et du PNUD/FNUAP (décisions 1997/27 et 97/28 respectivement).

23. Avec l'accord du CCS, un projet de texte a été distribué, incluant le texte approuvé par le Conseil exécutif de l'OMS (résolution EB100.R2), et les amendements proposés par le Conseil d'administration de l'UNICEF. Le CCS a approuvé ce texte modifié qui sera soumis en tant que recommandation du CCS sur le mandat du Comité au Conseil exécutif de l'OMS et aux Conseils d'administration de l'UNICEF et du PNUD/FNUAP (voir l'annexe 1).

24. La participation croissante de la Banque mondiale au secteur de la santé et aux approches de tout ce secteur et la nécessité de coordonner le soutien technique et l'appui aux programmes et aux politiques ont été examinées.

25. Au niveau du secrétariat, le CCS a recommandé qu'une coopération étroite soit instaurée avec la Banque mondiale sur les questions pertinentes couvertes par le CCS afin de permettre une coordination opérationnelle accrue au niveau des pays. Une participation informelle de la Banque mondiale pour certains points à l'ordre du jour du CCS serait bien accueillie.

III. EXAMEN DE RESOLUTIONS DE L'OMS, DE DECISIONS DE L'UNICEF ET DE DECISIONS DU PNUD/FNUAP (Point 3 de l'ordre du jour)

26. Le document examiné[2] présentait les résolutions et décisions intéressant l'amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1997 et mai 1998 et par le Conseil exécutif en mai 1997 et janvier 1998, et les décisions du Conseil d'administration de l'UNICEF en 1997. Le Conseil d'administration du PNUD/FNUAP étant

---

[1]Document CCH(98)/2.

[2]Document CCH(98)/3 Rev.1.

représenté pour la première fois au sein du Comité de Coordination, successeur du Comité mixte, le document présentait aussi les décisions pertinentes du Conseil d'administration du PNUD/FNUAP de 1995, 1996 et 1997.

Résolutions de l'OMS

Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé, mai 1997

WHA50.19 Prévention de la violence
WHA50.29 Elimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique
WHA50.34 Prévention et lutte antipaludiques
WHA50.35 Eradication de la dracunculose
WHA50.36 Trypanosomiase africaine

27. Ces résolutions avaient été portées à l'attention du Comité mixte à sa trente et unième session, 19-20 mai 1997, et elles n'ont donc pas été réexaminées.

WHA50.12 Création de l'Institut international des Vaccins

28. L'importance de cette résolution pour les trois organisations a été soulignée.

WHA50.21 Journée mondiale de la tuberculose

29. Note a été prise de cette résolution.

Conseil exécutif, 100ème session, mai 1997

EB100.R1 Développement des systèmes de santé pour l'avenir

30. Note a été prise de la collaboration entre l'UNICEF et l'OMS dans le développement des systèmes de santé. Bien que le mandat du FNUAP ait été axé principalement sur la santé reproductive, planification familiale comprise, il a été observé que le FNUAP avait déjà été activement associé au développement des systèmes de santé dans les pays car les services de santé reproductive faisaient partie des services de base. Les trois organisations devaient en fait travailler à l'élaboration de stratégies et d'approches communes pour améliorer les systèmes de santé dans les pays.

31. Il a été proposé que les trois organisations collaborent au niveau des pays sur les aspects suivants:

- inventaire des ressources et infrastructures pour la santé;
- développement des ressources humaines par la formation et l'amélioration des compétences pour les structures de soins de santé primaires;

- définition des tâches;
- mise en place d'une structure pour l'encadrement du personnel;
- rétablissement du rôle des services hospitaliers dans le cadre des soins de santé primaires;
- systèmes logistiques communs;
- élaboration de statistiques sanitaires communes pour la surveillance des programmes.

32. Bien que le rapport sur le plan de travail biennal approuvé par le Comité mixte en 1997 ait couvert la collaboration entre l'OMS et l'UNICEF, il a été convenu que le FNUAP serait associé à tous les travaux futurs dans ce domaine.

EB100.R2 Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé

Conseil exécutif, 101ème session, janvier 1998

Décision EB101(11) Rapport du Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires

Cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé, mai 1998

WHA51.8 Action concertée de santé publique contre les mines antipersonnel

33. Note a été prise des résolutions et décisions précitées.

WHA51.11 Elimination mondiale du trachome cécitant

34. Concernant la résolution ci-dessus en particulier, il a été observé que l'élimination du trachome cécitant débordait le cadre du mandat du FNUAP. D'une manière générale, la participation du FNUAP se limiterait aux domaines en rapport avec son activité.

WHA51.12 Promotion de la santé
WHA51.13 Tuberculose
WHA51.14 Elimination de la transmission de la maladie de Chagas
WHA51.15 Elimination de la lèpre en tant que problème de santé publique
WHA51.17 Maladies émergentes et autres maladies transmissibles: résistance aux antimicrobiens

35. Note a été prise des résolutions précitées.

WHA51.18 Lutte contre les maladies non transmissibles

36. L'importance de cette résolution a été soulignée.

WHA51.22 **Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales: santé des enfants et des adolescents**
WHA51.24 **Décennie internationale des populations autochtones**
WHA51.28 **Questions relatives à l'environnement: stratégie d'assainissement pour les communautés à haut risque**

37. Note a été prise des résolutions précitées.

Décisions du Conseil d'administration de l'UNICEF

Décision 1997/17 **Rapport sur la réunion du Comité mixte UNICEF/OMS des Directives sanitaires**

38. La décision a été notée.

Décision 1997/19 **Assurer la survie, la protection et le développement des enfants en Afrique**
Décision 1997/20 **Suite donnée au Sommet mondial pour les enfants**

39. La situation catastrophique des enfants orphelins a été soulignée. En Afrique, à cause du VIH/SIDA et des conflits armés, les orphelins sont si nombreux que les familles élargies ne peuvent plus s'en occuper. Des priorités ont été fixées pour accélérer les activités du programme.

Décision 1997/27 **Projet de mandat du Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la santé**

40. La décision précitée avait été examinée au du point 2 de l'ordre du jour.

Décisions du Conseil d'administration du PNUD/FNUAP

Décision 95/15 **Priorités en matière de programmes et orientations futures du Fonds des Nations Unies pour la Population à la lumière de la Conférence internationale sur la population et le développement**

41. L'importance de cette décision a été soulignée.

Décision 95/36 **FNUAP: programme mondial pour la fourniture de contraceptifs**
Décision 96/3 **Programme mondial pour les produits contraceptifs**

42. Les décisions précitées ont été notées.

Décision 96/15 **Allocation des ressources du FNUAP aux programmes de pays**

43. L'importance de cette décision a été soulignée.

Décision 96/17 **Coordination interinstitutions en matière de politiques et de programmes sanitaires**
Décision 96/38 **Coordination en matière de politiques et de programmes sanitaires**
Décision 97/1 **Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé**
Décision 97/7 **Révision du Règlement financier du FNUAP**
Décision 97/28 **Fonctionnement du Comité de Coordination sur la Santé**

44. Les décisions précitées ont été notées.

IV. MATERNITE SANS RISQUE (Point 4 de l'ordre du jour)

45. Le document examiné[3] analysait les progrès de la réduction de la mortalité maternelle à la mi-décennie, l'état de la situation et les défis restants, ainsi que les leçons apprises. Un certain nombre de mesures clefs pour accélérer les progrès ont été proposées. Pendant l'examen du document dont était saisi le CCS, il a été observé que le rapport s'appuyait sur des travaux antérieurs élaborés pour le Comité mixte OMS/UNICEF des Directives sanitaires et qu'il reflétait largement des mesures soutenues par l'UNICEF et l'OMS. Il a été porté à l'attention du Comité que le FNUAP avait aussi été étroitement associé aux aspects de la maternité sans risque décrits au paragraphe 16 du document et il a été convenu que le rapport devrait en faire état de manière plus complète en précisant la nature de la participation du FNUAP.

46. Lors de la présenttion du document, il a été observé que la récente réunion de Colombo, dont le but était d'examiner la situation dix ans après le lancement de l'Initiative pour une maternité sans risque, avait renforcé le consensus international sur les priorités pour accélérer les progrès, qui ont été résumées. Il a aussi été observé que l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF, avec la Banque mondiale, avaient collaboré à la mise au point d'une déclaration commune sur la réduction de la mortalité maternelle, qui devrait être achevée dans les semaines suivantes. La déclaration présentait le détail d'un consensus interorganisations sur le problème de la mortalité maternelle, ses causes et les priorités pour améliorer la situation.

47. Le CCS a demandé que soit privilégiée l'amélioration de la maternité sans risque dans le contexte du cycle de vie, en commençant par l'amélioration de la santé et de la nutrition des fillettes et des adolescentes. Une attention accrue devait aussi porter sur l'effet des mutilations sexuelles

---

[3]Document CCH(98)/4.

féminines, de la violence à l'encontre des fillettes et des femmes, de l'avortement dangereux et du manque d'instruction comme facteurs aggravant la morbidité et la mortalité maternelles.

48. Le CCS a reconnu que l'approche antérieure qui consistait à recenser et suivre de près les femmes reconnues comme à haut risque de mortalité maternelle avait échoué, les femmes à faible risque pouvant aussi avoir des accouchements compliqués engageant le pronostic vital. Il fallait néanmoins continuer à reconnaître qu'il demeurait des facteurs de risque évidents appelant l'attention tels que les grossesses d'adolescentes et les naissances trop rapprochées. Il convenait de noter que les femmes à haut risque de mortalité maternelle n'étaient pas seulement celles des zones rurales mais que beaucoup étaient aussi exposées au même risque dans les zones urbaines.

49. Il était indispensable de veiller à ce que les femmes elles-mêmes, et leurs communautés, soient pleinement associées à la conception de plans destinés à améliorer la maternité sans risque. Il convenait également d'assurer un bon équilibre des approches entre la fourniture de soins obstétricaux essentiels, la mobilisation des communautés et les mesures préventives. L'accent mis dans le document sur la nécessité de renforcer les hôpitaux de district a été bien accueilli. Il était aussi nécessaire de veiller à ce que les activités de maternité sans risque incluent des mesures pour instruire et soutenir les fillettes et les femmes de façon à leur permettre d'éviter les grossesses dangereuses et non désirées, et les accouchements dangereux.

50. Après discussion, le CCS a convenu que les mesures clefs ci-après devaient être prises pour rendre la maternité plus sûre:

a) Améliorer la situation des fillettes et des femmes tout au long de leur vie, notamment en améliorant la nutrition et la santé des fillettes et des adolescentes, en prévenant les mutilations sexuelles féminines et la violence à l'encontre des femmes et des fillettes, en améliorant le statut des femmes et en renforçant l'instruction des filles.

b) Renforcer les services liés à la grossesse à tous les niveaux du système de santé de district et améliorer l'accès aux soins essentiels pour les complications obstétricales, y compris les urgences, dans les centres de santé et les hôpitaux. A cet effet, les compétences devront être renforcées au niveau des centres de santé et un service de transfert dans les hôpitaux de district devra être rétabli. Il faudra soutenir la pleine participation des hommes et des femmes de la communauté à la planification, la mise en oeuvre et la surveillance des mesures.

c) Renforcer l'accès à l'information et aux services de planification familiale volontaire pour permettre aux femmes de décider si elles souhaitent être enceintes et à quel moment.

d) Renforcer le fonctionnement du système de transfert par des liens entre les associations féminines, les communautés, les centres de santé et les hôpitaux au premier niveau de recours.

e) Améliorer la qualité des soins de santé reproductive, y compris les compétences techniques des dispensateurs, l'approvisionnement en médicaments et en matériel et la communication entre

dispensateurs et patients. Renforcer la formation des sages-femmes professionnelles et augmenter leur nombre dans les zones insuffisamment desservies.

f) Axer les activités d'information, éducation et communication (IEC) non seulement sur les femmes mais aussi les hommes, les familles et les membres de la communauté qui, par leur attitude et leur action, peuvent influer sur la santé des femmes. Sensibiliser davantage la communauté aux risques liés à la grossesse et à l'accouchement par une mobilisation sociale en faveur de la planification des grossesses et des accouchements sûrs et l'organisation du transport des femmes qui ont un accouchement compliqué.

g) Fournir aux adolescents (en particulier aux adolescentes) les informations, les compétences, le soutien des pairs et de la famille, et l'accès aux services de santé dont ils ont besoin.

h) Etant donné l'impact négatif de la sous-nutrition, anémie comprise, sur la santé et la nutrition maternelles, et sur le poids de naissance, accorder plus d'attention à l'amélioration de la nutrition des fillettes et des femmes.

i) Les complications de l'avortement dangereux sont une cause majeure de mortalité maternelle dans de nombreux pays. Quelle que soit la législation, les moyens de résoudre le problème des avortements dangereux existent et un soutien devrait être apporté aux pays à cet égard.

j) Continuer d'élaborer et de mettre à l'essai des approches novatrices pour mesurer la mortalité maternelle et pour la surveillance et l'évaluation, y compris des méthodes quantitatives et qualitatives.

k) Renforcer les efforts déployés pour rattacher la prévention du VIH/SIDA et la transmission mère-enfant du VIH/SIDA aux autres activités de maternité sans risque.

l) Choisir une approche cohérente et durable pour rendre la maternité plus sûre, en associant et en équilibrant toutes les mesures précitées au niveau des pays.

51. Le CCS a approuvé la collaboration OMS/UNICEF/FNUAP pour la maternité sans risque, y compris:

- l'harmonisation des politiques dans le projet de déclaration conjointe en préparation, et la poursuite du travail concerté sur les directives, les outils et autres matériels publiés conjointement ou séparément par les organisations respectives;

- le développement et l'élargissement du plaidoyer mondial pour une maternité sans risque dans le contexte de la santé reproductive.

52. Le CCS a aussi demandé que le renforcement de la collaboration OMS/UNICEF/FNUAP pour la maternité sans risque soit encouragé par le Conseil exécutif de l'OMS et les Conseils d'administration de l'UNICEF et du PNUD/FNUAP, l'attention portant plus particulièrement sur:

- l'harmonisation de la mise en oeuvre au niveau des pays dans le cadre des priorités et des plans d'action nationaux et de district, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, par l'intermédiaire, par exemple, des groupes thématiques des Nations Unies sur la santé.

- le renforcement de la collaboration au niveau régional par le biais des bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF et des équipes d'appui du FNUAP dans les pays.

- le renforcement de l'accent mis sur la survie de la mère et du nouveau-né dans les processus de réforme du secteur de la santé, y compris les plans d'investissements sectoriels et les approches sectorielles, en veillant à ce que les programmes de maternité sans risque reçoivent un minimum d'investissements à cet effet, dans le contexte de la santé reproductive.

- le renforcement de la collaboration avec d'autres partenaires sur le terrain, en particulier la Banque mondiale.

53. Le CCS a proposé que les trois secrétariats travaillent ensemble à l'élaboration d'une stratégie pour réduire la mortalité de la mère et du nouveau-né, avec des jalons et des cibles, dans le contexte de la santé reproductive.

V. VITAMINE A (Point 5 de l'ordre du jour)

54. Le document examiné[4] faisait le point des stratégies visant à éliminer la carence en vitamine A en tant que problème de santé publique, appelait l'attention sur les interventions les plus efficaces et proposait des cibles et des actions clefs.

55. Dans la présentation du document, il a été observé que la carence en vitamine A affectait principalement les enfants d'âge préscolaire et les femmes. Outre des lésions oculaires, c'était un problème majeur pour la survie de l'enfant et la maternité sans risque. Sur 118 pays où l'avitaminose A était un problème de santé publique, un grand nombre n'avaient pas encore adopté de mesures de lutte. Etant donné l'importance de ce problème de santé publique, il était nécessaire d'accélérer la réduction de l'avitaminose A.

56. Les mesures clefs suivantes ont été proposées:

a) Fixer des cibles pour la mise en oeuvre du plan d'action.

b) Faire de la supplémentation en vitamine A l'élément central de la stratégie de lutte contre la carence en vitamine A. Les programmes existants devraient être utilisés au maximum, en particulier la vaccination et la santé reproductive.

---

[4]Document CCH(98)/5.

c) Rechercher d'autres possibilités pour enrichir les aliments en vitamine A, soutenir l'allaitement au sein et toute autre mesure propre à accroître la teneur de l'alimentation en vitamine A, soutenir la recherche opérationnelle en particulier sur des sujets intéressant les femmes et la carence en vitamine A, et tenter de résoudre le problème de la supplémentation polyvitaminique et en minéraux.

57. Au cours de sa discussion, le Comité a examiné les points suivants:

- des mesures immédiates devraient être prises avant que soient fixées les cibles proposées;
- l'accent mis sur d'autres recherches devrait être envisagé dans le contexte de nouvelles connaissances, bien que des sujets nouveaux tels que la carence en vitamine A chez les femmes et la carence en vitamine A en liaison avec la transmission du VIH de la mère à l'enfant aient récemment pris de l'importance et soulevé de nombreuses questions appellant des approches scientifiques;
- la nécessité de saisir toutes les occasions de rattacher la distribution de suppléments en vitamine A à d'autres activités en cours; par exemple, une collaboration est en voie d'instauration avec les programmes PEV pour fournir des suppléments en vitamine A lors des contacts pour la vaccination;
- l'importance de la pérennité;
- le rôle du plaidoyer pour sensibiliser davantage les pays au problème et aux solutions possibles.

58. Le CCS a pris acte du solide consensus qui existait entre les trois organisations à propos de la stratégie à suivre pour accélérer les progrès de l'élimination de la carence en vitamine A. Le Comité a approuvé la stratégie et formulé les recommandations suivantes:

a) Dans les pays exposés à la carence en vitamine A, les programmes de supplémentation en vitamine A doivent être soutenus. Les programmes d'enrichissement des aliments et d'amélioration de l'alimentation doivent aussi être encouragés.

b) Une attention particulière doit être accordée au plaidoyer afin d'amener les gouvernements à s'attaquer au problème de la carence en vitamine A.

c) Des recherches sur un petit nombre de sujets prioritaires restent nécessaires.

d) Les suppléments en vitamine A devraient être envisagés dans le contexte élargi des suppléments polyvitaminiques et en minéraux.

e) Une attention accrue devrait être accordée à la pérennité des programmes nationaux de lutte contre la carence en vitamine A.

VI. SANTE ET DEVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT (Point 6 de l'ordre du jour)

59. Le document examiné[5] faisait le point de la collaboration OMS/UNICEF/FNUAP dans le domaine de la santé et du développement de l'adolescent, et en particulier du travail du groupe d'étude conjoint OMS/FNUAP/UNICEF sur l'élaboration de programmes pour la santé des adolescents.

60. Le CCS a convenu que la santé des adolescents était un domaine de sérieuse préoccupation pour les trois organisations et il a approuvé les recommandations du groupe d'étude OMS/FNUAP/UNICEF sur l'élaboration de programmes pour la santé des adolescents.

61. Il a été observé dans la discussion que le problème ne tenait pas aux adolescents mais au non respect de leurs droits.

62. Le CCS a estimé que les trois organisations devaient élaborer et appliquer des stratégies pour établir un dialogue efficace avec les adolescents et les associer à toutes les phases de la programmation (analyse, évaluation et action), en reconnaissance du fait qu'ils sont une ressource clef des sociétés civiles.

63. Le caractère très sensible de nombreuses questions relatives aux adolescents a été évoqué (par exemple la sexualité, la toxicomanie et la violence) ainsi que l'attitude ambivalente de nombreux adultes vis-à-vis de ces questions.

64. Le CCS a reconnu qu'un plaidoyer public restait nécessaire pour dissiper les mythes, les malentendus et les conceptions erronées sur la santé et le développement de l'adolescent.

65. Vu l'éventail des antécédents et la diversité des problèmes des adolescents, une approche plurisectorielle a été jugée indispensable (santé, éducation, médias, etc.). Il était donc essentiel d'associer plusieurs institutions et de renforcer ou d'instaurer des mécanismes formels et informels efficaces de coordination au niveau des pays. Il serait important de renforcer la collaboration actuelle entre l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP aux niveaux mondial, régional et national, selon leurs mandats et leurs avantages stratégiques, et d'inclure une collaboration avec d'autres organisations des Nations Unies s'intéressant à la santé et au développpement des adolescents, comme le PNUCID, l'UNESCO, le HCR et l'OIT.

66. Les adolescents ne constituaient pas un groupe homogène. Si tous les adolescents sont vulnérables, certains étaient particulièrement vulnérables et défavorisés (par exemple, ceux qui ont abandonné l'école, ceux qui ne vivent pas chez eux, les consommateurs de drogues illicites et d'alcool, les adolescents qui n'ont jamais été scolarisés, les adolescents exploités, etc.). De nombreux

---

[5]Document CCH(98)/6.

adolescents n'avaient pas été préparés aux opportunités se présentant autour d'eux et beaucoup plus encore n'avaient même pas accès à ces opportunités.

67. Le CCS a reconnu que tous les adolescents avaient besoin d'informations, de compétences, d'un accès à des services de qualité, d'un environnement sûr et d'occasions de participer, mais qu'il était indispensable d'analyser/évaluer la situation pour recenser les adolescents les plus défavorisés dont le droit à la santé et au développement devait être défendu par des stratégies spécifiques.

68. Etant donné la nécessité de travailler ensemble sur certains problèmes s'étendant tout au long du cycle vital, il convenait de trouver les moyens de renforcer l'accent mis sur la santé et le dévelopement des adolescents dans la réforme du secteur de la santé dans les pays, y compris les plans d'investissements sectoriels. L'attention a été appelée sur la nécessité de soutenir la mise en place de services de qualité répondant à une gamme de problèmes de santé (par exemple, la sexualité et la santé reproductive, la tuberculose, la nutrition et de privilégier les adolescents dans les programmes nationaux tels que ceux qui traitaient de la maternité sans risque, du VIH/SIDA et du tabac.

69. Il a été souligné que les parents et les autres adultes jouant un rôle affectif et de soutien important étaient indispensables pour la santé et le développement des adolescents. Les adolescents étaient des "enfants" selon la définition de la Convention sur les droits des enfants et ils continuaient de dépendre des adultes lorsqu'il s'agit de faire valoir leur droit à la santé et au développement. Des programmes étaient donc nécessaires pour soutenir les parents et développer leurs compétences parentales ainsi que pour sensibiliser les adultes dans la communauté aux besoins de santé et de développement des adolescents.

70. L'adolescence ayant été définie comme une période clef du cycle de vie, un effort concerté s'imposait pour accélérer les programmes nationaux pour la santé et le développement des adolescents. Au niveau régional, il était nécessaire d'améliorer la coordination et la mise en commun des ressources techniques.

71. Le CCS a reconnu que, malgré la nécessité de privilégier la prévention, cela n'était pas toujours possible. Faute de pouvoir prévenir, il était important d'essayer de réduire les dommages, de séparer les comportements à haut risque et de différer l'adoption des comportements à haut risque.

72. Le CCS a souligné que le développement était un facteur central de la santé des adolescents. Les adolescents devaient être une cible importante pour les programmes de développement communautaire et le développement des adolescents devait être une cible importante pour les programmes axés sur les adolescents. Il était important de définir par quels moyens la santé et le développement des adolescents, y compris la sexualité et la santé reproductive des adolescents, pourraient à la fois contribuer aux efforts déployés pour renforcer la collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies, par exemple par les groupes thématiques et le Cadre d'aide au développement des Nations Unies (UNDAF), et en bénéficier.

VII. AUTRES QUESTIONS (Point 8 de l'ordre du jour)

Coordination au niveau des pays

73. L'importance d'une coordination efficace au niveau des pays a été soulignée. Cette coordination était indispensable pour assurer la mise en oeuvre effective des mesures recommandées par le CCS.

74. Les résultats prometteurs potentiels attendus par le Cadre d'aide au développement des Nations Unies ont été évoqués. Qu'elles travaillent ensemble aux mêmes activités ou qu'elles entreprennent des activités complémentaires, il était important que les trois organisations axent leurs efforts sur les mêmes cibles prioritaires.

Prochaine réunion du CCS

75. Reconnaissant qu'il importait de donner suite aux recommandations du Comité pour faire en sorte que les mesures voulues soient prises au niveau des pays, le CCS a décidé de tenir sa réunion suivante pendant le deuxième semestre de 1999. Les résultats de la CIPD+5 pourraient ainsi être pris en compte.

76. Concernant l'ordre du jour de cette réunion, il a été souligné qu'il convenait de prévoir suffisamment de temps pour permettre une discussion utile sur chaque point. Il a aussi été observé que certains points nécessiteraient moins de temps que d'autres.

77. Les sujets ci-après ont été proposés en vue de leur inscription éventuelle à l'ordre du jour de la réunion suivante:

- développement des systèmes de santé,
- mise en oeuvre des recommandations du CCS au niveau des pays,
- suivi de la CIPD+5,
- coordination de la stratégie,
- grossesse et VIH/SIDA,
- indicateurs,
- maternité sans risque (suivi),
- vitamine A et micronutriments (suivi),
- paludisme.

78. Le CCS a convenu que l'ordre du jour serait établi par les trois secrétariats dans le cadre d'une réunion intersecrétariats.

VIII. CLOTURE DE LA REUNION (Point 9 de l'ordre du jour)

79. M. De Silva, Président du CCS et membre du Conseil exécutif de l'OMS, a remercié les participants de leurs précieuses idées et opinions, dont il a espéré qu'elles auraient déjà été mises en pratique lors de la réunion suivante du Comité. L'excellente atmosphère de travail et les relations cordiales entre les trois organisations auguraient bien de la santé au vingt et unième siècle.

80. Mme Bellamy, Directeur exécutif de l'UNICEF, a fait siennes ces observations et elle a remercié les membres du Conseil exécutif de l'OMS et des Conseils d'administration de l'UNICEF et du PNUD/FNUAP de leur contribution à l'élaboration des mesures à mettre en oeuvre.

81. Le Dr Sadik, Directeur exécutif du FNUAP, a déclaré que le FNUAP s'était engagé à donner suite aux recommandations de la réunion et elle a rendu hommage au Président, qui avait dirigé les débats avec attention et compétence. Elle a aussi remercié les membres du Conseil exécutif de l'OMS et des Conseils d'administration de l'UNICEF et du PNUD/FNUAP, et le personnel des organisations de leur participation active.

82. Le Dr Antezana, Sous-Directeur général, OMS, au nom du Directeur général de l'OMS, a dit sa gratitude au Président, aux membres du Conseil exécutif de l'OMS et des Conseils d'administration de l'UNICEF et du PNUD/FNUAP, et aux chefs exécutifs de l'UNICEF et du FNUAP. La motivation et l'engagement manifestés lors de la première réunion du Comité aboutiraient, il en était certain, à des améliorations tangibles dans le secteur de la santé.

ANNEXE 1

COMITE DE COORDINATION OMS/UNICEF/FNUAP SUR LA SANTE[6] MANDAT

1. Le Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé (CCS) se réunira tous les deux ans, ou en session extraordinaire si nécessaire, normalement à Genève. Le Comité sera présidé à tour de rôle par un membre du Conseil exécutif ou d'administration de chaque organisation; l'OMS en sa qualité d'Organisme responsable dans le domaine de la santé internationale, présidera la première session.

2. Le Comité aura pour rôle :

- faciliter la coordination des directives et programmes sanitaires des trois organisations;

- d'examiner les besoins généraux en matière de coordination stratégique, opérationnelle et technique en ce qui concerne la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et de la femme, en se concentrant en priorité sur les ramifications au plan de la maladie et de la santé tirées des statistiques de mortalité et de morbidité de l'OMS, et la santé reproductive, y compris la planification familiale et la santé sexuelle, d'assurer l'échange régulier d'informations dans ces domaines et de faire des recommandations aux Conseils exécutif ou d'administration respectifs concernant les mesures de suivi à adopter par les Secrétariats, selon qu'il conviendra, compte dûment tenu des mandats respectifs des institutions concernées;

- de favoriser la cohérence des stratégies d'exécution et des activités parmi les trois organisations et avec d'autres partenaires, pour le plus grand profit des Etats Membres, notamment au niveau des pays, dan le cadre du réseau des coordonnateurs résidents et, dans ce contexte, de s'assurer que ces stratégies et activités sont guidées par le cadre politique général pour le développement sanitaire ainsi qu'il a été défini par l'Assemblée mondiale de la Santé;

- de recevoir et d'examiner les rapports de situation et d'évaluation présentés par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, le Directeur général de l'UNICEF ou le Directeur exécutif du FNUAP sur les activités relatives à la santé des enfants, des jeunes gens et des femmes, en se concentrant en priorité sur les ramifications au plan de la maladie et de la santé tirées des statistiques de mortalité et de morbidité de

---

[6]Texte recommandé par le CCS à sa première réunion en vue de sa présentation au Conseil exécutif de l'OMS et aux Conseils d'administration de l'UNICEF et du PNUD/FNUAP. Il est basé sur le texte approuvé par le Conseil exécutif de l'OMS (résolution EB100.R2) le 16 mai 1997, y compris les amendements proposés par le Conseil d'administration de l'UNICEF en septembre 1997 (décision 1997/27).

l'OMS, y compris la santé reproductive, et d'étudier toute réorientation de stratégie éventuellement nécessaire pour atteindre les objectifs convenus, compte dûment tenu des mandats respectifs des institutions concernées;

- d'examiner les questions d'intérêt commun à l'OMS, à l'UNICEF et au FNUAP susceptibles d'être renvoyées au présent Comité par les Conseils exécutif ou d'administration ou les Secrétariats des organisations respectives;

- de faire rapport au Conseil exécutif de l'OMS ainsi qu'aux Conseils d'administration de l'UNICEF et du FNUAP sur les questions susmentionnées.

3. Le Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé comprendra 16 membres des Conseils exécutif ou d'administration des trois organisations, les membres étant sélectionnés par leur Conseil respectif sur la base d'un représentant de chaque région de l'organisation intéressée.

4. L'OMS assurera les services de secrétariat du Comité et, en consultation avec l'UNICEF et le FNUAP, convoquera les réunions intersecrétariats chargées d'élaborer l'ordre du jour et la documentation complémentaire pour les sessions du Comité.

5. D'autres réunions intersecrétariats pourront être convoquées les autres années et regrouper, le cas écheant, d'autres organisationso actives dans le domaine de la santé, afin d'assurer une approche coordonnée au niveau des pays.

ANNEXE 2

LISTE DES PARTICIPANTS

Membres du Conseil exécutif de l'OMS

Dr R. Daniel
Secretary of Health
Ministry of Health
Rarotonga
Cook Islands
(Suppléant du Dr J. Williams)

Dr P. Dossou-Togbe
Directeur adjoint de Cabinet
Ministère de la Santé, de la Protection sociale et de la Condition féminine
Cotonou
Bénin

Dr M. Fikri **(Rapporteur)**
Assistant Under-Secretary
Preventive Medicine Affairs
Ministry of Health
P.O. Box 848
Abu Dhabi
United Arab Emirates

Professor J. Leowski
Director, School of Public Health and Social Medicine
Medical Centre for Postgraduate Education
Warsaw
Poland

Dr A. Meloni
Director-General
Oficina de Financiamiento, Inversiones y
Cooperacion Externa
Ministerio de Salud
Lima
Peru

Mr N. S. de Silva **(Président)**
Minister of Health and Indigenous Medicine
Suwasiripaya
385, Baddegama Wimalawansa Mawatha
Colombo 10
Sri Lanka

Membres du Conseil d'administration de l'UNICEF

Dr Patrick Yowasi Kadama
Public Health Physician
Uganda

Dr Mercedes Pulido de Briceño **(Rapporteur)**
Venezuela

Dr Petr Struk
Director
Department of Medical Science and Education
Ministry of Health
Czech Republic

Dr Ali Jaffer Bin Mohammed Suleiman
Director-General
Ministry of Health
Oman

Membres du Conseil d'administration du FNUAP

Mr Sam Aymer
Minister of Health and Civil Service Affairs
Antigua and Barbuda

Dr John Katatu Musyimi Mulwa
Permanent Secretary, Ministry of Health
Director of Health Services
Republic of Botswana

Dr Aagje Papineau Salm **(Rapporteur)**
Senior Adviser for Health and Population
Ministry of Foreign Affairs
The Netherlands

Dr Suwanna Warakamin
Director, Family Planning and Population Division
Department of Health
Ministry of Public Health
Thailand

UNICEF

Mme Carol Bellamy, Directeur exécutif
M. David Alnwick, Chef, Section de la Santé
Dr Bruce Dick, Senior Youth Health Adviser, Health Section
Ms Cecilia Lotse, Secretary of the Executive Board

PNUAP

Dr Nafis Sadik, Directeur exécutif
Mr S. Bavelaar, Senior External Relations Officer, European Office
Dr N. Dodd, Chief of the Technical Branch, Technical and Policy Division (TPD)
Dr C. Gardiner, Senior Technical Officer, Technical and Policy Division (TPD)
Mr R. Snyder, Senior Officer, Executive Board Branch, Information and External Relations Division (ERO)

OMS

Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général
Mme C. Abou-Zahr, Division de la Santé reproductive (Support technique) (RHT)
Dr S. Archarya, Conseiller régional, Santé de la mère et de l'enfant, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, New Delhi (MCH/SEARO)
Dr F.S. Antezana, Sous-Directeur général, Directeur général adjoint par interim (ADG-DDGa.i.)
Dr B. de Benoist, Programme de Nutrition (NUT)
Dr J. Clements, Programme élargi de Vaccination (EPI)
Mme B.J. Ferguson, Chef, Santé et développement de l'Adolescent (ADH)
Mme D. Halvorsen, Division des Affaires interinstitutions (INA)
M. G. Hartl, Communication pour la Santé et Relations publiques (HPR/INF)
Dr S. Holck, Directeur, Division de la Santé reproductive (Support technique) (RHT)
M. J.A. Hueb, Division de l'Eau, Assainissement et Santé (WSH)
Mme I. Hoskins, Vieillissement et Santé (AHE)
Dr Y. Kawaguchi, Directeur, Division des Affaires interinstitutions (INA)
Dr V.K. Lepakhin, Sous-Directeur général (ADG)
Dr J. Liljestrand, Chef, Division de la Santé de la Mère et du Nouveau-né/Maternité sans Risque (MSM)
M. Y. Ling, Programme de Nutrition (NUT)
Dr S. Lyagoubi-Ouahchi, Directeur, Division des Services d'Edition, de Traduction et de Bibliothèque (PLL)
Dr Maaza Bekele, Division des Affaires interinstitutions (INA)
Dr D.G. Makuto, Directeur, Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Evaluation (ARA)
Dr A. Moncayo, Chef, Lutte contre les Trypanosomiases et les Leishmaniases (TRY)
Dr E. Pupulin, Chef, Réadaptation, Division de la Promotion de la Santé, de l'Education et de la Communication pour la Santé (HPR)
Dr B.-I. Thylefors, Directeur, Programme pour la Prévention de la Cécité (PBD)
M. T. Topping, Conseiller juridique (LEG)

Dr T. Türmen, Directeur exécutif (EXD)
M. E. Webster, Division de l'Intensification de la Cooperation avec les Pays et les Peuples les plus démunis (ICO)
Dr R. Williams, Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles - Surveillance et Lutte (EMC)

= = =