



CONSEJO EJECUTIVO

56^a reunión

Punto 3.4 del orden del día provisional

INFORME DEL COMITE MIXTO UNICEF/OMS DE POLITICA
SANITARIA SOBRE SU 20^a REUNION

El Director General tiene la honra de poner en conocimiento del Consejo Ejecutivo el adjunto informe sobre la 20^a reunión del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria.¹



¹ Documento JC20/UNICEF-WHO/75.6.

RAPPORT DE LA VINGTIEME SESSION

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. Participants	2
2. Ouverture de la session	2
3. Election du Président et des Rapporteurs	2
4. Adoption de l'ordre du jour	2
5. Mandat du Comité	3
6. Evaluation de l'étude commune OMS/FISE sur différents moyens de répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement	3
6.1 Présentation de l'étude	3
6.2 Résumé de la discussion	6
6.3 Recommandations	7
7. Questions présentées pour l'information du Comité	9
7.1 Structures des programmes d'enseignement et de formation des infirmières et des sages-femmes	9
7.2 Programme élargi de vaccination de l'OMS	11
8. Autres questions	12
8.1 Programme antipaludique	12
8.2 Thème de discussion pour la prochaine session du CMDS	13
9. Approbation du rapport	13

1. PARTICIPANTS

La vingtième session s'est tenue au Siège de l'OMS, du 4 au 6 février 1975. Les participants étaient les suivants :

Conseil d'administration du FISE

Représentants : Dr H. Conzett
 M. P. N. Luthra
 Dr R. Mande (Rapporteur)
 Dr (Mme) M. A. Silva
 M. Nils Thedin

Conseil exécutif de l'OMS

Professeur J. Sulianti Saroso (Président)
 Dr N. M. Chitimba
 Dr S. P. Ehrlich, Jr
 Professeur J. Kostrzewski
 Professeur J. J. A. Reid
 Dr G. Restrepo Chavarriaga
 Dr A. Sauter (Rapporteur)

Cosecrétaires du Comité : Dr A. Mochi - Dr P. L. Fazzi

Secrétariat du FISE

M. Charles A. Egger
 M. Newton R. Bowles
 M. G. Carter
 M. S. Bacic
 Mlle M. Hodgson

Secrétariat de l'OMS

Dr T. A. Lambo (Directeur général adjoint)
 Dr W. C. Cockburn, Directeur CDS
 Dr S. Flache, Directeur COR
 Dr T. Fülöp, Directeur HMD
 Dr K. Newell, Directeur SHS
 Dr A. Zahra, Directeur FHE
 Dr V. Djukanovic, Chef DVH
 Dr D. Flahault, Chef HTD
 Dr E. Mach, DVH
 Dr A. Noguer, MAL
 Dr A. Petros-Barvazian, Chef MCH
 Mlle L. Turnbull, Chef NUR

Le deuxième jour de la session, le Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, et M. H. R. Labouisse, Directeur exécutif du FISE, ont pris la parole pour souligner l'importance qu'ils attachaient à l'étroite collaboration qui règne entre les deux organisations et pour insister sur le rôle que joue à cet égard le Comité mixte des Directives sanitaires.

2. OUVERTURE DE LA SESSION

Après avoir souhaité, au nom du Dr H. Mahler, Directeur général de l'OMS, la bienvenue aux membres du Comité, le Dr Lambo a dit le vif intérêt qu'attachent les deux organisations à la fourniture de soins de santé à la totalité des populations des pays en voie de développement et il a souligné l'importance des vaccinations ainsi que des structures des programmes d'enseignement et de formation des infirmières et des sages-femmes.

3. ELECTION DU PRESIDENT ET DES RAPPORTEURS

Le Professeur J. Sulianti Saroso a été élue Président à l'unanimité et le Dr R. Mande (FISE) et le Dr A. Sauter (OMS) ont été élus Rapporteurs.

4. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

Le Comité a adopté l'ordre du jour suivant :

1. Election du Président
2. Election des Rapporteurs
3. Adoption de l'ordre du jour
4. Etude commune OMS/FISE sur différents moyens de répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement
5. Questions présentées pour l'information du CMDS
 - 5.1 Structures des programmes d'enseignement et de formation du personnel infirmier et des sages-femmes
 - 5.2 Programme élargi OMS de vaccination des enfants
6. Autres questions
7. Adoption du rapport de la vingtième session.

5. MANDAT DU COMITE

Le Secrétaire a rappelé le mandat du Comité mixte des Directives sanitaires, tel qu'il a été approuvé par le Conseil exécutif de l'OMS à sa session de janvier-février 1960 et par le Conseil d'administration du FISE à sa session de mars 1960.

6. EVALUATION DE L'ETUDE COMMUNE OMS/FISE SUR DIFFERENTS MOYENS DE REpondre AUX BESOINS SANITAIRES FONDAMENTAUX DES POPULATIONS DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

6.1 Présentation de l'étude

Le Comité était saisi d'un rapport comportant 11 annexes et le texte intégral de 9 études de cas, qui avait été préparé conjointement par l'OMS et le FISE sur la base de consultations menées entre les deux Secrétariats à la suite de la dix-neuvième session du Comité mixte. Ce rapport était fondé sur une vaste étude des différents moyens de répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement.

Les deux organisations ont décidé d'entreprendre cette étude en raison de l'ampleur des besoins sanitaires existant dans l'ensemble du monde et du fait que ces besoins fondamentaux ne sont pas encore satisfaits correctement dans de nombreux pays en voie de développement. Malgré les efforts accomplis au cours des années par beaucoup de gouvernements et par l'OMS et le FISE pour élaborer des politiques et renforcer les services de santé, on estime que, dans certains pays en voie de développement, moins de 15 % des populations rurales et autres groupes défavorisés, tels que les habitants de taudis, les nomades et les personnes vivant dans des zones écartées, ont accès à des services de santé. L'hostilité du milieu, la pauvreté, l'ignorance des causes de la maladie et des mesures de protection, le manque de services sanitaires ou l'incapacité d'en tirer parti sont quelques-uns des facteurs qui peuvent s'associer pour créer une telle situation.

La stratégie adoptée jusqu'ici par beaucoup de pays en voie de développement, qui consiste à modeler leurs services de santé sur ceux des pays développés, n'a pas abouti à répondre correctement aux besoins des populations défavorisées. Elle a eu tendance à provoquer la création de services de santé relativement complexes et dotés d'un personnel très qualifié, que l'on espérait élargir progressivement, à mesure que les ressources augmenteraient, jusqu'à ce que la totalité de la population en bénéficie. Cela ne s'est pas produit. Au contraire, les services se sont essentiellement axés sur les villes, ont pris un caractère surtout curatif et ne sont devenus accessibles au premier chef qu'à une petite fraction privilégiée de la population.

L'OMS et le FISE estiment que, en dépit de la pauvreté largement répandue et de la gravité des problèmes, beaucoup peut être fait pour améliorer la santé des habitants dans les pays en voie de développement et des dispositions ont été prises pour étudier les programmes efficaces, ou susceptibles de l'être, de soins de santé primaires qui ont été mis sur pied dans un certain nombre de pays.

L'objet de l'étude était de passer en revue les systèmes prometteurs de distribution des soins de santé primaires, de façon à faire ressortir les facteurs qui semblent devoir être la clé du succès, et d'observer l'effet de certains de ces facteurs clés sur l'organisation des soins de santé primaires dans divers contextes politiques, économiques et administratifs.

L'attention a porté en particulier sur les caractéristiques de chaque système qui semblent contribuer à :

- une meilleure couverture des besoins sanitaires fondamentaux;
- une meilleure mobilisation des ressources potentielles;
- une meilleure utilisation des services;
- une meilleure compréhension des services de santé tant chez les consommateurs que chez les dispensateurs;
- une meilleure qualité des soins de santé.

Il a été convenu qu'une couverture convenable des besoins sanitaires fondamentaux requiert :

- une protection immunitaire adéquate;
- une assistance aux mères pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, des soins postnatals et infantiles et une aide aux pays résolus à engager des programmes de planification familiale;
- la fourniture d'eau saine facilement accessible en quantité suffisante, des services d'assainissement adéquats et la lutte contre les vecteurs;
- le diagnostic et le traitement des maladies simples; les premiers secours et les soins d'urgence; un dispositif d'orientation des cas graves vers les services compétents;
- d'autres services pouvant répondre aux besoins sanitaires fondamentaux dans le contexte de la situation locale.

Le rapport consiste essentiellement en une introduction suivie de quatre sections :

Partie 1 : Introduction et données de base

Partie 2 : Le problème

Partie 3 : Principaux points ressortant des études de cas

Partie 4 : Conclusions

Partie 5 : Recommandations.

Des résumés des rapports établis par les équipes qui se sont rendues dans les divers pays et ont examiné les programmes sont joints en annexe à l'étude.

Toutes les sources d'information ont confirmé le fait, déjà notoire, que, par manque des soins les plus simples, de très grands nombres d'individus meurent dans le monde entier de maladies évitables et curables. Il existe à cet égard une différence frappante entre le monde déshérité et le monde développé.

Bien que les causes principales de morbidité varient selon les pays en voie de développement, il apparaît que la malnutrition, les maladies parasitaires et les maladies transmissibles

(y compris les maladies à vecteurs, les maladies gastro-intestinales et respiratoires) - qui résultent elles-mêmes de la misère et de l'ignorance - sont les principaux facteurs qui influent sur la santé des populations.

Les problèmes majeurs des services de santé ont été analysés du point de vue des options et approches les plus importantes, des ressources, de la structure générale des services de santé et des principales faiblesses d'ordre technique. A l'intérieur de ces grands secteurs se sont dégagés de nombreux problèmes requérant une attention adéquate, par exemple l'absence de politiques sanitaires nationales claires et le manque de liaison entre les systèmes de santé et les autres composantes du développement national; l'absence de priorités sanitaires nettes; l'opposition au changement de la politique sanitaire dans ses aspects sociaux; l'insuffisante intervention de la collectivité dans la prestation de soins de santé; la formation inadéquate des personnels de santé.

Le manque, l'insuffisance, la mauvaise répartition et la non-utilisation des ressources sanitaires existantes ou potentielles ainsi que l'emploi très limité des agents de santé primaires ont été considérés comme de sérieux obstacles au développement des soins primaires.

On a aussi jugé comme étant à l'origine de l'inefficacité de certains services de santé l'application insuffisante du concept de "système total" dans lequel tous les systèmes de santé - publics et privés, nationaux et internationaux, curatifs et préventifs, périphériques, intermédiaires et centraux - sont considérés comme formant un tout, ainsi que l'inefficacité des mécanismes de planification sanitaire.

Parmi les nombreuses faiblesses de caractère technique, l'insuffisance des moyens de communication et de transport, la médiocrité de l'assainissement de base, les carences de l'éducation sanitaire et le manque d'information sanitaire adéquate ont été signalés comme des problèmes majeurs.

Les programmes nationaux qui ont donné de bons résultats procédaient d'une forte volonté politique qui a concrétisé une méthodologie réaliste en un effort national. Dans la plupart des cas, on était décidé au départ à introduire des changements profonds. Même si cet aspect du problème se prête difficilement aux interventions d'organismes internationaux, il ne faut épargner aucun effort pour recenser les forces d'impulsion potentielles de programmes prometteurs et pour les faire concourir à la réalisation de plans nationaux.

La simplification de la technologie de manière que de nombreuses tâches puissent être confiées à des agents de santé primaires de formation limitée et orientée vers des tâches concrètes semble constituer un aspect important des systèmes de santé novateurs. Les agents de santé primaires recrutés localement et entretenus par la collectivité forment l'avant-garde de l'infrastructure sanitaire et sont les premiers contacts de l'utilisateur.

Différents types de guérisseurs indigènes peuvent être formés et intégrés dans le système général de santé. Il faudrait mieux explorer la possibilité de les intégrer dans les systèmes de santé existants.

Les services sanitaires ne sont qu'un des facteurs qui contribuent à la santé de la population. Il est généralement admis que certaines activités n'ayant d'autre objectif que le développement économique ou social influent souvent, elles aussi, sur l'état de santé d'une collectivité. L'assainissement du milieu, le logement, la nutrition, l'éducation et les moyens de communication, notamment, doivent être considérés comme des facteurs importants qui contribuent à assurer la santé en améliorant la qualité de la vie.

Dans bien des cas, l'utilisation adéquate des services de santé préventifs et curatifs et l'extension des soins de santé à l'ensemble de la population des villages ont pu être obtenues parce que la population s'est décidée à assumer la responsabilité principale des soins de santé primaires. La participation des populations locales contribue de façon notable à

fournir le personnel et les équipements nécessaires et à harmoniser les services de santé avec les besoins et les priorités des populations desservies. L'engagement de la collectivité signifie aussi que la population participe à la prise des décisions sur ses services de santé, ce qui a généralement pour effet d'inciter davantage la collectivité à accepter et à utiliser ces services.

Le Comité mixte des Directives sanitaires a procédé à une discussion approfondie des recommandations présentées dans l'étude et a adopté un certain nombre d'entre elles dans ses conclusions énoncées plus loin.

6.2 Résumé de la discussion

Le Comité a accueilli avec enthousiasme aussi bien l'étude que le rapport. Il a estimé que la proposition tendant à lancer un vigoureux programme élargi d'action de développement des services de santé débutant par un effort majeur en matière de soins de santé primaires méritait tout spécialement de faire l'objet d'efforts prioritaires simultanés de la part de l'OMS et du FISE. A sa cinquante-cinquième session, le Conseil exécutif de l'OMS avait prié le Directeur général : d'élaborer un programme d'activités en matière de soins de santé primaires et notamment de définir les activités de soins de santé primaires convenant le mieux aux populations des pays en voie de développement; d'élaborer des méthodes pour la promotion d'activités de ce genre dans la collectivité; de planifier et d'assurer la formation d'agents de soins de santé primaires; de coordonner, en y participant, des mesures techniques et financières pour l'institution et l'amélioration des soins de santé primaires à l'échelon des pays; enfin d'évaluer et de commenter les principaux efforts déployés pour développer les systèmes de soins de santé primaires. Le Directeur général avait en outre été prié de consulter les pays Membres et les institutions intéressées susceptibles de l'aider à élaborer un programme élargi à long terme de soins de santé primaires qui tienne compte des aspects techniques aussi bien que financiers, en vue d'aboutir à un plan destiné à faire l'objet d'une mise en oeuvre le plus tôt possible.

Le Comité a examiné les expériences pertinentes faites en considérant aussi bien les succès obtenus que les difficultés et les contraintes rencontrées. Si l'existence d'une volonté nationale ferme est une condition essentielle, il y a aussi de nombreux autres éléments, qui dépendent de décisions politiques. Il arrive souvent que des ministères de la santé ne soient pas dans une position assez forte pour avancer des arguments suffisamment convaincants à l'appui des changements nécessaires et que les propositions dans ce sens aient besoin d'être soutenues par d'autres "décideurs" nationaux. Si une forte volonté nationale est indispensable, il est essentiel aussi d'encourager les initiatives locales, qui peuvent d'ailleurs se développer en actions nationales.

Selon le Comité, les approches suggérées pour satisfaire les besoins sanitaires fondamentaux peuvent être considérées comme une base de départ pragmatique, bien que la réalisation d'un tel programme puisse prendre de nombreuses années. On a souligné l'importance des liaisons à deux sens entre la santé et le développement rural. Le développement économique n'a pas automatiquement abouti à une amélioration du niveau sanitaire, mais il en a parfois été ainsi, même sans qu'il y ait amélioration des services de santé. S'il est désirable qu'une communauté définisse ses propres besoins, il est peut-être utopique de compter qu'elle le fera toujours. Beaucoup de gens s'adaptent à leur style de vie, et ce serait donc la tâche de quelqu'un qui pourrait être qualifié de "promoteur sanitaire" de les éveiller à leurs besoins.

Une autre question importante est celle de savoir comment relier les services de soins de santé primaires quand ils existent aux services nationaux de santé et comment assurer l'enca-drement et la formation permanente de l'agent de santé primaire en lui procurant des perspectives de carrière. La population n'a parfois qu'une confiance limitée dans la capacité de l'agent de santé primaire, d'où la nécessité de trouver le moyen de rehausser son statut. Le Comité a souligné que s'il importe que la collectivité s'engage pleinement et assume la responsabilité de sa propre santé, le Gouvernement doit de son côté reconnaître sa responsabilité et collaborer avec la collectivité.

Le Comité a noté avec intérêt les exemples pratiques donnés dans le rapport à propos de divers pays, allant de programmes nationaux à des projets exécutés dans des secteurs circonscrits. Il y a des leçons à tirer de tous les exemples puisés dans des systèmes sociaux différents sans pour autant souscrire à une philosophie politique particulière. Une conclusion importante du rapport concerne le déplacement du centre de gravité des capitales vers la périphérie. Ce déplacement pose un problème de communication. Le Comité a insisté sur la nécessité de donner la primauté aux soins de santé primaires sur les soins hospitaliers spécialisés et coûteux. Il faut trouver un juste équilibre entre soins hospitaliers et soins communautaires comme entre action préventive et action curative, qui s'inscrivent en fait dans le même processus. Cet équilibre au niveau national doit être compris tant par les pays intéressés que par les fournisseurs potentiels de fonds ou d'aide.

Le Comité a souligné que dans beaucoup de pays les soins de santé primaires sont souvent assurés par des praticiens de la médecine traditionnelle tels qu'accoucheuse traditionnelle. L'OMS et le FISE devraient être prêts à intervenir activement à cet égard et à présenter aux gouvernements des idées sur la manière d'utiliser les travailleurs traditionnels, par exemple les praticiens de la médecine ayurvédique, de façon sûre et efficace comme dispensateurs de soins de santé.

Un document de travail de l'OMS sur la formation et l'utilisation des agents de santé de village a été présenté au Comité, qui a noté avec intérêt la tentative faite d'appliquer une approche pratique dans ce domaine.

La discussion a fait apparaître deux notions apparemment contradictoires, à savoir d'une part qu'il faut penser en termes holistiques et systémiques en considérant le système sanitaire comme un tout, d'autre part que lorsque des segments du système de santé (service de soins de santé primaires par exemple) font défaut ou sont déficients il faut les créer ou les développer et les intégrer dans le système total. La plupart des échecs enregistrés l'ont été dans des programmes imposés par le sommet sans consultation avant même que des services de soins de santé primaires aient réellement commencé à fonctionner. Il importe tout d'abord de former des agents de santé primaires, car ce serait là un moyen rapide d'obtenir que les gens se mettent au service de la communauté. Ensuite, il faudrait trouver les moyens d'intégrer les agents de soins de santé primaires dans l'organisation générale des services de santé.

Le Comité a souligné qu'il était important de définir les responsabilités des agents de soins de santé primaires en ce qui concerne, par exemple, la délivrance de médicaments et l'administration d'injections. Chaque pays a ses propres lois et restrictions, qui doivent être prises en compte dans toute proposition concernant le développement des services de santé. Ainsi, d'après le projet de manuel de l'agent de santé de village, l'agent de santé primaire fait des injections. Dans certains pays, une telle pratique serait contraire à la loi.

6.3 Recommandations

Les systèmes de santé qui ont été pris comme exemples pour cette étude présentent des caractéristiques qui paraissent avoir contribué pour une part essentielle à assurer une distribution plus large et plus équitable des soins de santé primaires, une plus grande satisfaction chez les consommateurs et une prestation plus efficace et plus économique des services. Convenablement adaptés, ils semblent applicables dans de nombreuses conditions politiques, sociales, économiques et environnementales.

Les recommandations suivantes ont été formulées.

1. L'OMS et le FISE devraient adopter un programme d'action visant à étendre les soins de santé primaires aux populations des pays en voie de développement et en particulier à celles qui sont actuellement mal desservies à cet égard, par exemple les populations des zones rurales et écartées, les habitants de taudis et les nomades. Comme le développement des services de soins de santé primaires est une entreprise nationale requérant une action à tous les niveaux

et comme il n'est guère possible à tous les pays d'introduire des réformes radicales, le programme en question devrait, au début, être sélectif et s'inspirer notamment des critères suivants : a) existence d'une volonté nationale de s'engager dans cette voie; b) existence d'un potentiel de changement; c) existence d'initiatives locales pouvant mener ultérieurement à un changement à l'échelle nationale.

2. Les principes énoncés ci-après concernant la réorientation et le développement des services de santé en vue de l'extension des soins de santé primaires sont à considérer à la lumière des conditions locales :

- a) Il faudrait situer les services de soins de santé primaires dans le contexte du développement global (groupes urbains, groupes ruraux et autres groupes insuffisamment desservis) en tenant compte de l'interaction entre le développement et les programmes de santé.
- b) Il faudrait établir des politiques, des priorités et des plans fermes pour les services de soins de santé primaires envisagés.
- c) Il faudrait réorienter tous les autres échelons du système de santé de façon à appuyer (prise en charge des cas adressés, formation, conseils, supervision et appui logistique) l'échelon des soins de santé primaires. Cela requerra la participation active et une formation appropriée de tous les membres des services de santé.
- d) Il faudrait que les collectivités interviennent dans la conception, la dotation en personnel, le fonctionnement, etc., de leurs centres locaux de soins de santé primaires;
- e) Il faudrait utiliser des agents de soins de santé primaires ayant reçu une formation simple.
- f) Il faudrait autant que possible que les agents de soins de santé primaires soient choisis par la collectivité elle-même ou du moins en concertation avec elle. L'acceptation de ce personnel par la collectivité est en fait une condition essentielle de succès.
- g) Il faudrait mettre tout particulièrement l'accent sur les points suivants : i) actions préventives; ii) éducation sanitaire et nutritionnelle; iii) besoins de soins de santé des mères et des enfants; iv) utilisation de techniques médicales et sanitaires simplifiées; v) association avec certaines formes traditionnelles de soins de santé, utilisation de praticiens traditionnels; vi) respect des valeurs culturelles et des besoins ressentis par les consommateurs en matière de santé et de développement communautaire.

3. Un programme du genre envisagé ci-dessus requiert, d'une part que tous les personnels de l'OMS et du FISE soient pleinement conscients de toutes ses implications, d'autre part que des réajustements organisationnels soient introduits pour faire face aux nouveaux impératifs. Il faudrait donc que les deux organismes s'emploient méthodiquement à informer, à éduquer et à guider leurs personnels en conséquence.

4. Il faudrait que l'OMS et le FISE étudient en détail non seulement les innovations décrites dans l'étude mais encore celles qui se font jour continuellement dans différentes parties du monde sous différents auspices, qu'ils les suivent et en tiennent un relevé, qu'ils en tirent des enseignements, qu'ils les évaluent, qu'ils en diffusent largement les résultats, qu'ils les soutiennent quand il y a lieu, qu'ils les adaptent, qu'ils s'y appuient et qu'ils encouragent des initiatives analogues malgré les risques découlant du fait que leur issue favorable n'est pas nettement prévisible. Il est d'ailleurs possible de réduire quelques-uns des risques en procédant à une préparation adéquate et en instaurant une coopération appropriée avec le gouvernement.

5. Il faudrait que l'OMS et le FISE étudient les effets du développement rural et communautaire sur la santé des populations et le rôle que d'autres secteurs peuvent jouer dans la distribution de soins de santé primaires, élaborent une méthodologie pour l'application des résultats obtenus et concourent à sa mise en oeuvre.

6. L'OMS et le FISE devraient encourager et soutenir :

- a) les initiatives visant à adapter aux situations rencontrées dans les pays en voie de développement les méthodes et techniques de planification et de formation des personnels;
- b) l'introduction, dans les programmes d'études et de formation des médecins, des infirmières et des sages-femmes, des changements requis pour préparer ces personnels à s'acquitter des tâches qui leur sont imparties dans un système de santé axé sur les soins de santé primaires;
- c) l'introduction, dans les programmes de formation des autres personnels de santé, des changements requis pour leur inculquer une optique communautaire et le concept d'équipe de santé de façon qu'ils deviennent des membres solidaires de la collectivité capables d'exploiter au mieux les ressources locales disponibles.

7. Dans le contexte des ressources et des plans nationaux, l'OMS et le FISE devraient s'employer à définir et à adapter la technologie médicale et sanitaire de façon à la mettre le plus largement possible à la portée des agents de soins de santé primaires.

8. L'OMS et le FISE devraient étudier les formules prometteuses d'éducation sanitaire existantes ou potentielles afin de les faire mieux connaître et d'en favoriser l'application de façon à sensibiliser les populations aux questions de santé et à les encourager à concourir à la prestation de soins de santé primaires.

9. L'OMS et le FISE devraient explorer les solutions envisageables en matière de transport et de communication dans la distribution des soins de santé primaires et encourager l'application des formules qui paraissent le plus avantageuses, en particulier en milieu rural.

10. Il faudrait inviter les administrations sanitaires nationales à présenter des observations en prévision de l'élaboration de plans d'opérations.

11. Le présent rapport devrait être largement diffusé parmi les organisations internationales et dans les pays en voie de développement, en particulier dans les milieux responsables de la formulation des politiques, plans et programmes nationaux intéressant la santé des populations rurales et autres groupes défavorisés. Une version mise au point pourrait être ultérieurement publiée.

7. QUESTIONS PRESENTÉES POUR L'INFORMATION DU COMITE

7.1 Structures des programmes d'enseignement et de formation des infirmières et des sages-femmes

Pour son information, le Comité disposait du document HMD/NUR/75.1. Cette étude se fonde sur les décisions prises à sa session de 1971 concernant la nécessité d'entreprendre un tel examen et rend compte des mesures qui ont été mises en oeuvre entre-temps. A cet égard, une étude a notamment été entreprise sur le rôle de l'accoucheuse traditionnelle dans le domaine de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale, des directives ont été élaborées et l'on a organisé une série de réunions interrégionales; par ailleurs, on a poursuivi l'exécution d'un vaste projet d'étude et d'évaluation du matériel pédagogique, notamment du matériel le plus récent. De grandes études portant sur les programmes d'enseignement et de formation destinés aux infirmières et aux sages-femmes de tous niveaux et de toutes catégories et notamment sur ceux qui sont destinés à la formation des enseignants ont été entreprises avec la collaboration d'organisations non gouvernementales. Un Comité d'experts des Soins infirmiers des Collectivités a été réuni en 1974.

Discussions :

Les discussions qui ont suivi ont montré que les membres du Comité s'intéressaient de très près à cette question et qu'ils jugeaient importante la part que les infirmières et les sages-femmes peuvent prendre au développement des services de soins de santé primaires axés sur la collectivité. En fait, la plupart des participants ont estimé que le rapport était très étroitement lié à la question abordée au point 4 de l'ordre du jour : "Différents moyens de répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement" (JC20/UNICEF-WHO/75.2) à laquelle il apportait de nombreux éléments.

On a admis que les effectifs d'infirmières et de sages-femmes dont il faudra disposer pour assurer la formation et l'encadrement des très nombreux agents de santé primaires obligeaient à modifier fondamentalement la formation, le rôle et les fonctions des infirmières et des sages-femmes de tous niveaux. Il faudra cependant tenir compte de la nécessité de maintenir une liaison entre ces nouveaux types de personnel et le système de protection sanitaire traditionnel et de faire en sorte que des liens fonctionnels s'établissent avec les catégories existantes de personnel de santé. Tout système visant à renforcer et à développer les services de soins primaires devra se préoccuper tout particulièrement de la nécessité d'obtenir une participation active de la collectivité.

Les participants ont insisté sur un certain nombre de questions et de recommandations formulées dans le document.

L'agent de soins de santé primaires est envisagé comme faisant partie intégrante du système de santé et, dans ces conditions, la formation doit être nettement axée sur le travail qui sera le sien. Outre la création de nouvelles catégories de personnel de santé primaire, le document attache beaucoup d'importance à la nécessité de reconnaître l'existence du personnel sanitaire traditionnel (accoucheuses traditionnelles, par exemple), de collaborer avec lui, de contribuer à sa formation et de l'intégrer au système de soins de santé primaires. Etant donné l'appui, les conseils et l'assistance dont le personnel traditionnel aura besoin, il conviendra de modifier fondamentalement la formation et l'orientation données aux autres catégories de personnel de santé. Pour ce faire, il est nécessaire d'envisager le développement des personnels et l'élaboration des programmes d'enseignement sous un angle systémique. Les infirmières et les sages-femmes ont un rôle fondamental à jouer dans ce processus de formation.

En ce qui concerne les programmes de formation, il faut en priorité :

- i) réaménager les programmes d'enseignement destinés aux infirmières et aux sages-femmes de différents niveaux et catégories dans la perspective d'une action sanitaire s'exerçant dans la collectivité;
- ii) réorienter les pratiques pédagogiques et les programmes de formation des enseignants en adoptant des principes et des méthodes de formation convenant aux nouvelles catégories de formateurs d'auxiliaires, d'agents de santé primaires, d'aides-soignantes et d'accoucheuses traditionnelles;
- iii) organiser des cours de recyclage et d'éducation permanente afin de maintenir et d'améliorer la qualité des soins et d'élargir la gamme des compétences du personnel.

On a préconisé le principe d'un programme d'études pour favoriser la mobilité professionnelle des personnels de santé.

La nouvelle approche aux soins de santé primaires requiert qu'on réévalue le rôle potentiel des infirmières et des sages-femmes dans différents cadres d'activité professionnelle afin d'utiliser pleinement leurs savoir-faire spécialisés et autres sans préjudice de leur mission première de prestation de soins directs. Il importe aussi que leur apprentissage ne se déroule plus exclusivement dans le cadre de l'hôpital mais aussi dans des situations concrètes au niveau de la collectivité sous la conduite de leurs enseignants et de leurs chefs.

L'importance de la formation et du travail en équipe a été soulignée. D'autre part, on a mentionné l'intérêt qu'il y aurait à substituer au principe hiérarchique celui de la solidarité entre les membres de l'équipe de santé et insisté sur la nécessité d'introduire de la souplesse dans l'attribution des responsabilités.

En conclusion, toutes les interventions ont été nettement axées sur la nécessité d'élaborer surtout au niveau national, un programme d'action pour lequel la participation et la contribution des infirmières et des sages-femmes sont d'une importance capitale.

7.2 Programme élargi de vaccination de l'OMS

Le Comité était saisi d'un rapport (JC20/UNICEF-WHO/75.4) qui faisait le point du programme élargi de vaccination de l'OMS.

Le rapport soulignait que les maladies infectieuses restent parmi les principaux problèmes sanitaires des pays en voie de développement qui sont Membres de l'OMS.

La diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la tuberculose de l'enfant et la poliomyélite ont pratiquement cessé de poser des problèmes majeurs de santé publique dans les pays développés grâce à l'application de programmes de vaccination efficaces. Par contre, dans les régions en voie de développement, les quatre premières de ces maladies sont d'importants facteurs de mortalité des enfants, cependant que la poliomyélite est en passe d'atteindre les proportions épidémiques qu'elle revêtait dans de nombreux pays tempérés avant l'ère de la vaccination.

Pour aider les pays en voie de développement à conférer aux enfants des groupes d'âge vulnérables le bénéfice de la vaccination systématique qui a été si bénéfique dans les pays industrialisés, l'OMS a entrepris en 1973 un programme élargi de vaccination.

Les obstacles à la vaccination sont nombreux dans le tiers monde. Sur le plan opérationnel, on peut citer : la couverture insuffisante et la faiblesse de l'organisation des services de santé; l'absence de personnels qualifiés et d'un encadrement efficace; le manque de matériel; l'absence de moyens de transport et de chaînes du froid; le coût élevé des vaccins importés et les difficultés de change; des schémas de vaccination complexes comportant un trop grand nombre de doses; enfin l'absence de compréhension et de coopération du public. Il faut y ajouter un certain nombre de problèmes d'ordre technique, tels que la sensibilité des vaccins à la température et à la lumière, l'insuffisance des recherches sur des méthodes de vaccination simples.

Le rapport soulignait en outre que depuis longtemps l'OMS et le FISE collaborent dans ce domaine particulier.

Au cours de la présentation du rapport, l'ampleur du problème dans le tiers monde a été évoquée : chaque année, 70 millions d'enfants atteindront l'âge d'un an; pour atteindre une couverture de 80 %, il faudra donc vacciner chaque année 56 millions d'enfants.

Si le programme est dirigé contre les sept maladies suivantes¹ : diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, variole, tuberculose, le coût du seul vaccin serait compris entre US \$15 et 18 millions. Même en multipliant ce chiffre par deux ou par trois pour tenir compte des autres frais (à l'exclusion des salaires du personnel), cette méthode de lutte resterait très économique, pour ne pas parler de sa rapidité.

¹ Dans les régions où sévit le tétanos néonatal, il faudrait instituer un programme de vaccination des mères. La vaccination peut également être étendue à d'autres maladies selon les besoins locaux (fièvre jaune en Afrique, encéphalite japonaise en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental).

Au cours de débats, l'accent a été mis sur les problèmes pratiques qui ont été jusqu'à maintenant à l'origine de nombreux échecs et auxquels il faudrait s'attaquer en priorité : manque de formation des personnels, absence de chaînes du froid efficaces, manque de moyens de transport et inefficacité de la gestion.

Il a été signalé qu'il faudrait utiliser les dispositifs et les équipements de santé existants pour maintenir et étendre le programme de vaccination, mais que, dans certaines régions, il faudrait continuer à recourir à des équipes mobiles pour assurer la couverture nécessaire. Il a été souligné qu'étant donné le caractère meurtrier de la rougeole en Afrique, la vaccination contre cette maladie devrait recevoir la priorité. La vaccination contre la fièvre jaune s'impose tout spécialement dans les régions où la maladie est endémique.

Les combinaisons et associations de vaccins ayant fait leurs preuves, on y recourra pour diminuer les frais et les nombres de visites, étant toutefois entendu que de nouvelles combinaisons de vaccins ne doivent pas être appliquées avant d'avoir été soigneusement éprouvées. D'autre part, il convient de prendre certaines précautions lorsqu'on administre simultanément certains vaccins bactériens et des vaccins à virus vivant parce qu'on peut observer en pareil cas une diminution de la réponse immunitaire aux vaccins vivants.

Il est en outre nécessaire de simplifier la procédure vaccinale en réduisant le nombre des visites que l'enfant doit faire. Chaque fois que possible, les autorités sanitaires et médicales seront avisées en conséquence.

L'aide que le FISE et l'OMS fournissent aux pays pour leur permettre de fabriquer leurs propres vaccins devra être considérée cas par cas.

On encouragera la fabrication au niveau régional. Simultanément, l'OMS et le FISE soutiendront l'établissement de laboratoires de contrôle dans les pays.

La nécessité d'une évaluation continue a été soulignée.

Les participants ont reconnu qu'il était de la plus haute importance que l'effort essentiel vienne de chacun des pays concernés, et cela pour plusieurs raisons, dont l'une des principales est qu'une fois lancés les programmes nationaux devront être poursuivis indéfiniment et de façon régulière.

Il a toutefois été admis que dans certains pays l'aide extérieure devrait être maintenue pendant une très longue période.

En conclusion, le consensus a été qu'il était grand temps que l'OMS et le FISE redoublent d'efforts pour aider les pays à faire bénéficier les enfants de la vaccination. Il est incontestable que la vaccination est un outil efficace qui peut donner des résultats immédiats et dont le rapport coût/avantages est très intéressant.

L'OMS et le FISE devront élaborer en commun les moyens de surmonter les problèmes organisationnels, tels que chaînes du froid, le matériel de vaccination et de transport nouvellement mis au point.

8. AUTRES QUESTIONS

8.1 Programme antipaludique

Le Secrétariat de l'OMS a fait état de la sérieuse dégradation de la situation épidémiologique du paludisme et des actions engagées à la cinquante-cinquième session du Conseil exécutif de l'OMS pour redresser une situation préjudiciable à la santé de millions d'individus.

En réponse, le Secrétariat du FISE a rappelé que la politique du FISE en matière de lutte antipaludique a été arrêtée par le Conseil d'Administration du FISE en 1970, sur la base des recommandations du Comité mixte des Directives sanitaires, et qu'elle est toujours en vigueur. Dans le cadre de cette politique, le FISE est disposé à envisager, en consultation avec l'OMS, de fournir une certaine aide aux pays sérieusement atteints par la résurgence du paludisme.

8.2 Thème de discussion pour la prochaine session du Comité mixte des Directives sanitaires

La réunion a été informée que, sur la base de consultations entre les Secrétariats de l'OMS et du FISE et avec l'accord des deux Directeurs, il est recommandé de prendre l'éducation sanitaire comme thème d'étude et de rapport à la vingt et unième session du Comité mixte. L'éducation sanitaire sera envisagée comme se rapportant et concourant étroitement à la nouvelle approche en matière de développement de services de santé orientés vers les soins primaires.

Le Comité a réagi favorablement à cette proposition. Il a souligné la nécessité d'une prise de conscience sanitaire dans une approche orientée vers la collectivité. L'étude devrait tenir compte des discussions du Comité d'Administration du FISE sur la question du développement des soins de santé primaires. Elle devrait rechercher des réponses aux questions fondamentales intéressant l'éducation sanitaire de la population et formuler des approches novatrices en la matière.

9. APPROBATION DU RAPPORT

Le Comité a approuvé à l'unanimité le rapport sur sa vingtième session en laissant aux cosecrétaires le soin d'apporter les modifications rédactionnelles qu'ils jugeront nécessaires.

* * *