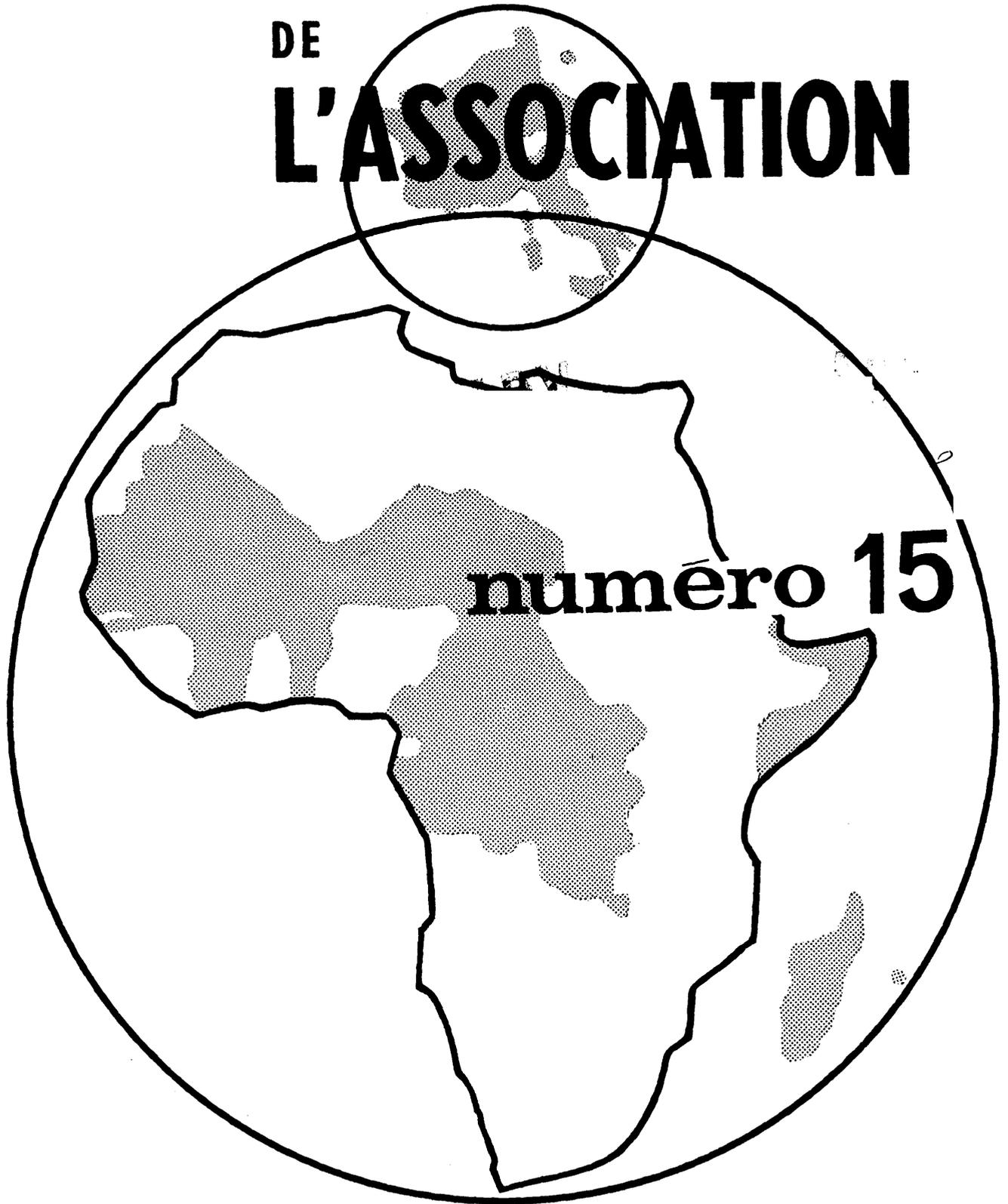


COURRIER

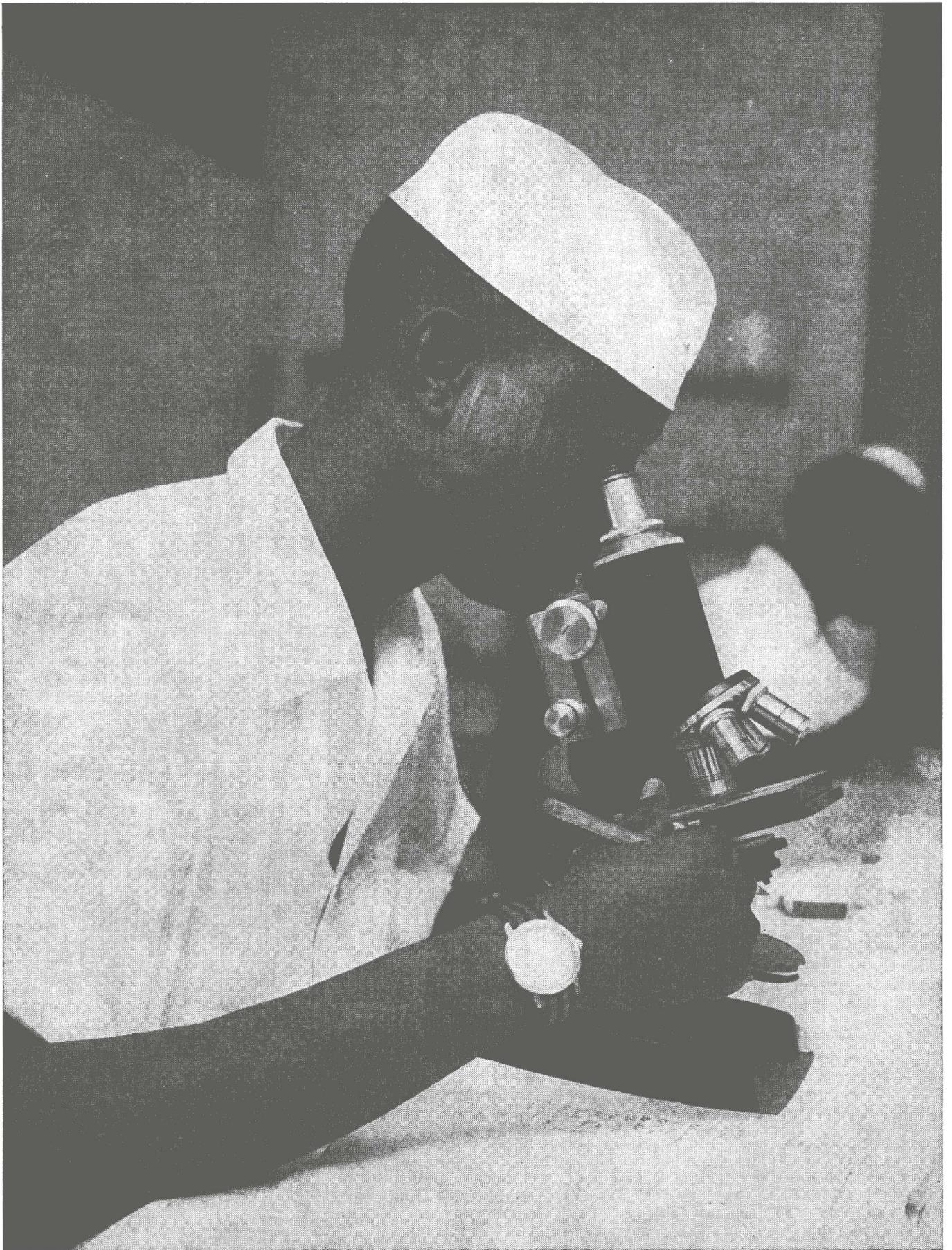
Septembre-Octobre 1972

DE

L'ASSOCIATION



numéro 15





COURRIER DE L'ASSOCIATION

Septembre-Octobre 1972
N° 15

SOMMAIRE

ÉVÉNEMENTS

Interview de M. J. F. DENIAU, membre de la Commission (p. 2)

ÉDITORIAL

Santé et développement (p. 6)

VOIX D'AFRIQUE

Interview de Son Exc. Victor Emmanuel DAGADOU, Ambassadeur du Togo (p. 10)

DOSSIER

La santé

- I. Les problèmes de santé dans les E.A.M.A.
par le Docteur L.P. AUJOULAT, ancien ministre (p. 16)
- II. Santé et architecture (p. 24)
- III. Trois exemples d'intervention du F.E.D. (p. 28)
Madagascar : l'hôpital général universitaire d'Ampefiloha (p. 29)
Cameroun : formations sanitaires (p. 38)
Mali/Côte-d'Ivoire/Haute-Volta : lutte contre l'onchocercose (p. 37)
- IV. Les aides pour situations exceptionnelles depuis le début du III^e F.E.D. (p. 40)

A PROPOS

DES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

Les E.A.M.A. et la C.E.E. à Santiago-du-Chili (p. 42)

Du nouveau pour les boursiers du F.E.D. (p. 44)

RAPPORTS

Mauritanie : l'hôpital national de Nouakchott (p. 46)

BIBLIOGRAPHIE (troisième page couverture)

ACTUALITÉS (pages vertes)

**M. Jean-François DENIAU:**

« La Communauté élargie doit définir à l'égard du Tiers-monde une image et un rôle conformes à ses responsabilités »

Jamais, depuis 1958, les relations entre la Communauté et les pays en voie de développement n'ont autant été discutées en profondeur qu'au cours de la période récente. Les six premiers mois de cette année ont été marqués par la signature, le 22 janvier 1972, du Traité concernant l'élargissement de la Communauté, par le mémorandum de la Commission du mois de février suggérant une série d'actions communautaires à l'égard des P.V.D., enfin par la 3^e C.N.U.C.E.D. qui vient de s'achever au mois de mai. La fin de cette année sera dominée par la Conférence au sommet des Dix. La Communauté élargie pourra-t-elle définir une politique d'ensemble à l'égard du Tiers-monde?

C'est ce qu'Alain Lacroix est allé demander pour le « Courrier de l'Association » à M. Jean-François Deniau, membre de la Commission européenne, chargé de la coordination des négociations d'élargissement et de l'aide au développement.

Courrier — Vous avez pris une part prépondérante au succès des négociations concernant l'élargissement. Vous avez eu l'occasion, dans diverses enceintes, de rassurer les représentants des États associés au titre de la Convention de Yaoundé sur les conséquences pour eux de l'adhésion éventuelle à cette Convention d'un certain nombre de pays en voie de développement du Commonwealth. Pourriez-vous rappeler, pour nos lecteurs, vos principaux arguments?

Jean-François Deniau — J'ai eu, en effet, l'occasion dans de nombreuses enceintes et, notamment, dans le cadre du Conseil d'Association et de la Conférence parlementaire, d'exposer aux États associés, au nom de la Communauté, l'ensemble des orientations convenues, lors de la Conférence de négociations pour l'élargissement, en vue de la poursuite de la politique d'association avec les États africains et malgache et de son extension éventuelle à un certain nombre de pays indépendants du Commonwealth situés en Afrique, dans l'Océan indien, le Pacifique, la zone des Caraïbes, dont les conditions économiques et les problèmes de développement sont comparables à ceux des E.A.M.A.

En offrant à ces pays du Commonwealth la possibilité de négocier en même temps que les E.A.M.A., et à leurs côtés, à partir du milieu de 1973, une Convention d'Association fondée sur les principes et respectant les structures de l'Association actuelle, la Communauté élargie offrira également à ces mêmes pays d'autres possibilités, telle que la conclusion d'une Association fondée sur l'article 238 du Traité de Rome, comportant des droits et obligations réciproques, notamment en matière commerciale, ou enfin la conclusion d'accords commerciaux.

Je suis heureux de l'occasion qui m'est donnée de rappeler ces dispositions pour les lecteurs du *Courrier de l'Association* et je voudrais maintenant, pour eux, souligner les points suivants.

Tout au long des négociations, les États associés ont été périodiquement informés de l'évolution des négociations, en vue de leur permettre de faire valoir éventuellement leur point de vue sur les problèmes qui présenteraient à leurs yeux un intérêt plus particulier. Mais avant même d'entamer les négociations avec les États candidats, la Communauté avait arrêté une ligne de conduite dont elle n'a jamais varié et qui est simple à formuler : en ce qui concerne l'Association, la préoccupation clairement exprimée à de nombreuses reprises de la Communauté est de **conserver l'acquis et les principes fondamentaux de cette Association.**

L'adhésion à la Communauté des nouveaux États membres et l'extension éventuelle de la politique d'association ne doivent donc pas être la source d'un affaiblissement des relations de la Communauté avec les E.A.M.A. Ces relations assurent un ensemble d'avantages et reposent sur des structures qui confèrent à l'Association son caractère propre dans les domaines des relations commerciales, de la coopération financière et technique et des institutions paritaires. Ces trois volets sont étroitement liés et c'est d'ailleurs le seul cas au monde où tous les instruments d'aide sont regroupés. C'est là, sans doute, ce qui fait l'originalité de cette Association avec ces institutions paritaires qui facilitent un dialogue permanent. Et je saisis l'occasion de rappeler, par exemple, que chaque année la Commission adresse au Conseil d'Association un rapport sur le fonctionnement de la coopération financière et technique au cours de l'année écoulée : la Communauté est probablement le seul organisme dispensateur d'aide qui accepte de discuter, avec les bénéficiaires de cette aide et sur un pied d'égalité, les conditions même de cette politique d'aide.

Tout cet acquis qui, depuis de longues années a prouvé sa valeur, doit donc être conservé et, partant de là, **le problème pour l'avenir est d'améliorer et de renforcer cet acquis** en tirant la leçon de l'expérience, notamment dans le domaine commercial où l'aspect tarifaire, qui a d'ailleurs été réduit, ne constitue plus un instrument suffisant pour répondre aux problèmes actuels, particulièrement en ce qui concerne les produits de base des pays à monoculture. Et précisément, au cours des négociations, je me suis efforcé de prouver que beaucoup d'États associés ont des économies tributaires d'un ou deux produits de base et que leur situation présente donc bien des analogies avec celle de certains pays du Commonwealth caractérisés par les monocultures. Les Britanniques ayant soulevé ce problème en ce qui concerne le sucre, j'ai réussi à faire admettre le principe de l'extension aux produits de base des E.A.M.A. d'un régime analogue à celui invoqué pour certaines cultures du Commonwealth.

Bien entendu, la solution devra être négociée cas par cas et il n'est pas question d'appliquer une formule générale. Mais, à mon avis, c'est un instrument nouveau, au moins dans le principe, qui a été admis par la Communauté et cela correspond à un renforcement sur ce plan de notre Association à la suite de l'élargissement.

Il faut donc préparer avec confiance les négociations entre les Associés actuels et les nouveaux candidats éventuels, qui s'ouvriront en août 1973, soit, conformément à la Convention de Yaoundé, 18 mois avant son terme.

*
*
*

Courrier — Avant même l'ouverture des nouvelles négociations prévues à partir d'août 1973 par la Convention de Yaoundé, un État du Commonwealth, l'Île Maurice, a demandé à adhérer à cette Convention. Les négociations ayant abouti rapidement, la signature de l'accord intervenu vient d'avoir lieu en mai à Port-Louis. Quelles remarques vous suggère l'arrivée prochaine de ce 19^e État au sein des E.A.M.A. ?

Jean-François Deniau — C'est avec une grande satisfaction que j'ai vu aboutir très rapidement les négociations en vue de l'adhésion à la Convention de Yaoundé de l'Île Maurice, 1^{er} État du Commonwealth à la demander et vivant symbole des intérêts communs de l'Afrique francophone et anglophone.

C'est pourquoi aussi j'ai été particulièrement heureux de me trouver le 12 mai dernier à Port-Louis à l'occasion de la signature de l'accord d'Association portant accession de l'Île Maurice à la Convention d'Association entre la Communauté Économique Européenne et les États africains et malgaches associés à cette Communauté.

Depuis la signature de la première Convention de Yaoundé en 1963, l'Association était expressément ouverte à l'adhésion d'autres pays en voie de développement et cette ouverture vient d'être confirmée à l'occasion du Traité d'élargissement des Communautés. Or, l'Île Maurice a tenu à devancer les diverses perspectives offertes en recherchant et obtenant son adhésion immédiate à la formule de Yaoundé. J'y trouve une précieuse confirmation de la validité et de l'intérêt de cette Convention pour les pays auxquels elle est destinée.

Et je saisis l'occasion de rappeler à vos lecteurs que la politique d'Association avec les États d'Afrique et Madagascar, instaurée par le Traité de Rome, confirmée et renouvelée par les Conventions de Yaoundé, m'est toujours apparue comme l'expression d'une **triple solidarité** aux conséquences fécondes. En premier lieu évidemment, solidarité **entre la Communauté et les États Associés**, en vue d'une œuvre commune de développement économique et social, d'un continent à l'autre, qui reste toujours respectueuse de la personnalité et des libres choix des partenaires.

Une autre solidarité est celle qui s'est créée et renforcée **entre les États membres de la Communauté** eux-mêmes, dès l'instant où, ayant décidé de dépasser la seule recherche interne d'une intégration européenne, ils ont mis en œuvre l'Association qui nous réunit, premier exemple d'une politique extérieure commune et positive, particulièrement justifiée en raison de la gravité des problèmes de développement dans les pays intéressés, et qui doit rester la base de toute politique cohérente à la mesure des dimensions nouvelles de la Communauté.

Enfin, troisième solidarité, celle qui s'est développée, de leur propre avis, **entre les États Associés eux-mêmes** auxquels les objectifs et les institutions de l'Association ont fourni la possibilité ainsi que la nécessité de travailler ensemble à la recherche des solutions d'intérêt commun, quelle que soit la diversité de leurs situations économiques et de leurs options politiques.

La démarche par laquelle le Gouvernement de l'Île Maurice et la Communauté sont parvenus à la conclusion du traité de Port-Louis, vient renforcer cette triple solidarité à un moment particulièrement important. En effet, dans un peu plus d'un an, la Communauté et les États Associés seront appelés à négocier la convention qui succédera à l'actuelle, en compagnie de ceux des pays du Commonwealth qui en auraient ainsi décidé. Ainsi que j'ai eu l'occasion de le souligner à Port-Louis, tous les partenaires se féliciteront, dans la préparation de cette grande négociation, de la présence de l'Île Maurice parmi eux.

* * *

Courrier — La 3^e C.N.U.C.E.D. s'est achevée courant mai. Que pensez-vous de son déroulement et de ses résultats?

Jean François Deniau — D'innombrables déclarations et articles ont commenté cette Conférence qui s'est achevée le 21 mai dernier. Je ne crois donc pas nécessaire de m'étendre longuement ici sur les minces résultats immédiats obtenus qui sont bien loin de ce que souhaitaient les représentants de la Commission. Ni dans le domaine de l'aide financière, ni en ce qui concerne les prix et la commercialisation des produits de base, ni en ce qui concerne les produits industriels pour lesquels la CEE fait exception en appliquant avec certains pays la résolution de la Conférence de New-Delhi sur les préférences généralisées, la III^e C.N.U.C.E.D. n'a pu apporter quelque chose de nouveau.

D'ailleurs, il convient de rappeler que la C.N.U.C.E.D. n'adopte que des résolutions qui ne sont que des suggestions qu'il appartient aux gouvernements de traduire dans les faits. En outre, certaines résolutions n'ont pu être adoptées à l'unanimité, comme celle concernant un « code de conduite des conférences maritimes » ou celle visant à créer une organisation internationale du commerce véritablement universelle, ce qui en réduit considérablement la portée.

Toutefois, dans certains domaines, quelques progrès ont été réalisés, surtout dans les procédures futures. C'est ainsi qu'en ce qui concerne les négociations monétaires et commerciales, les pays développés ont reconnu la nécessité de faire participer plus effectivement les pays en voie de développement aux grandes négociations sur la réforme du système monétaire international et sur le développement des échanges commerciaux internationaux. Des progrès ont aussi été réalisés sur les questions difficiles et discutées depuis longtemps concernant un lien entre les « droits de tirage spéciaux » (D.T.S.) et le financement du développement. En ce qui concerne les institutions, une résolution a été adoptée recommandant à l'Assemblée Générale des Nations-Unies d'augmenter le nombre des membres du Conseil du Commerce et du Développement, en les portant de 55 à 68, en vue de favoriser, notamment, la représentation de certains P.V.D. En outre, certains rouages ont été créés ou aménagés : c'est ainsi qu'un groupe inter-gouvernemental concernant les P.V.D. les moins favorisés a été créé et que le Comité spécial des préférences a été transformé en organe permanent. Seul l'avenir montrera les conséquences pratiques, sur le fonds des problèmes, de ces innovations.

Par conséquent, la résolution importante et spectaculaire qui a été adoptée à l'unanimité est celle concernant le programme de « mesures spéciales » en faveur des P.V.D. les plus pauvres. Ce programme doit s'appliquer à vingt-cinq pays, dont seize pays africains, parmi lesquels on compte actuellement dix pays associés à la C.E.E. (Burundi, Dahomey, Haute-Volta, Mali, Niger, Rwanda, Somalie, Tchad, Ouganda et Tanzanie) ainsi que trois pays du Commonwealth qui figurent parmi ceux susceptibles de s'associer à la C.E.E. (Botswana, Lesotho et Malawi). La Commission se réjouit de cette prise de position en faveur des plus déshérités qu'elle n'a cessé de défendre dans toutes les réunions et groupes de travail. Cette liste d'ailleurs n'est pas close, car des études continuent sur les critères d'identification des pays les moins avancés.

Quoi qu'il en soit, les résultats très modestes de la III^e C.N.U.C.E.D. ne rendent que plus nécessaire la poursuite des efforts en vue d'étendre et de renforcer notre Association.

* * *

Courrier — La Conférence au sommet de Dix doit se tenir à Paris à partir du 19 octobre prochain. Cette réunion, au cours de laquelle il est déjà prévu que, notamment, l'aide au P.V.D. sera débattue, sera très importante pour l'avenir. Quelles orientations la Commission souhaite-t-elle voir adopter par la Communauté élargie en ce qui concerne son attitude à l'égard du Tiers monde?

Jean-François Deniau — La Conférence au sommet des Dix à Paris au mois d'octobre sera effectivement un événement d'une importance dont la précédente Conférence des Six à la Haye en décembre 1969 peut donner une idée.

Il est clair qu'il n'est pas possible de préjuger des résultats d'une telle Conférence qui fait l'objet, depuis déjà un certain temps, de réunions préparatoires. Ce qui est certain toutefois, c'est que l'aide aux pays en voie de développement figurera en bonne place dans l'ordre du jour et, à cet égard, la Commission a évidemment déjà réfléchi à un certain nombre d'orientations.

Il n'est pas suffisant d'envisager comme seule politique d'aide au développement la formule de l'Association telle qu'elle existe avec les dix-huit États africains et malgache. Il y a d'autres pays en voie de développement dans le monde et c'est bien à un problème mondial que nous sommes confrontés, même si nous avons le sentiment que nous avons des responsabilités et des devoirs particuliers en ce qui concerne les pays associés africains et malgache. Nous ne sommes d'ailleurs pas restés inactifs en ce domaine non plus. Je vous rappelle, par exemple, que nous avons décidé d'appliquer, dès le 1^{er} juillet 1971 et même si les États-Unis ne l'appliquent pas encore, le système des préférences généralisées, de façon à ajouter quelque chose à l'égard de l'ensemble des pays en voie de développement par des moyens différents de ceux de notre Association.

Mais il faut être bien clair en cette affaire : le problème de sous-développement étant un problème mondial et qui touche à l'équilibre mondial, nous devons arriver à combiner des moyens particuliers — régionaux et répondant à certains problèmes historiques, géographiques, ou économiques particuliers — avec une approche mondiale. Je dis bien combiner, c'est-à-dire qu'il ne doit pas y avoir substitution d'un système à un autre, mais complément dans les systèmes, complément dans les moyens d'actions et complément dans les politiques.

L'affaire des préférences généralisées, comme tout ce qui relève d'une approche mondiale, a été présentée à tort, intentionnellement ou non, comme une substitution à nos politiques d'associations particulières. Ce serait pour moi une erreur dramatique et je craindrais beaucoup une sorte de mondialisme qui ne serait qu'un **alibi pour faire moins pour chacun en disant qu'on fait la même chose pour tous**. D'autre part, il serait tout à fait injuste de faire la même chose pour tous car tous ne se trouvent pas dans la même situation. Il existe, en effet, à l'intérieur des pays en voie de développement, des catégories, pourrait-on dire, de sous-développement et ce serait anormal de traiter tous ces pays de la même façon, car certains d'entre eux n'ont pas les mêmes chances au départ; or, il se trouve précisément que les pays associés à la Communauté sont, sans doute, parmi les pays en voie de développement qui figurent dans la situation la plus défavorisée.

Il faut donc que la Communauté ait cette vue d'ensemble du problème du sous-développement et de ses relations avec les pays en voie de développement en adaptant, en quelque sorte, sa politique de telle manière qu'il y ait addition de ses moyens et non pas soustraction. C'était l'idée des deux Mémoires que la Commission a transmis au Conseil des Ministres où j'ai essayé, en rappelant les problèmes généraux des rapports entre pays en voie de développement et pays développés — notamment ceux de la Communauté — à la fois de montrer cet équilibre et cette diversité qui sont nécessaires dans nos moyens d'action tant sur le plan régional que sur le plan mondial, et aussi d'indiquer comment nous pouvons aller au-delà de notre action actuelle sans l'affaiblir et même en la renforçant. Ceci postule inéluctablement que nous devons progressivement utiliser un certain nombre de moyens additionnels qui, actuellement, n'appartiennent pas à la Communauté mais appartiennent aux États membres, notamment en ce qui concerne l'assistance financière et technique. Toutefois, il ne s'agit pas d'étendre l'Association à l'ensemble du monde; il s'agit d'**adapter des moyens nouveaux aux différents cas** qui peuvent se présenter dans les différentes régions du monde, en particulier par une coordination progressive de ce qui est déjà fait par chacun de nos États membres.

Outre cette coordination, il faudra aussi que la Communauté se donne des moyens d'actions supplémentaires, notamment financiers, qui soient à la mesure des nouvelles dimensions de la Communauté, à la mesure de ses engagements avec les E.A.M.A., de son offre à plusieurs pays du Commonwealth, de ses intentions envers les pays du Maghreb et, enfin, de la nécessité de répondre, même partiellement, à certains problèmes d'autres pays en voie de développement.



Santé et développement

Les rapports périodiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) font ressortir que les chiffres de mortalité ont considérablement reculé dans les pays en voie de développement et que les grandes épidémies (typhus, peste, fièvre jaune, choléra) sont à peu près jugulées, malgré certains retours possibles comme pour le choléra en 1971. Il faut remarquer, en effet, que le développement et la démocratisation actuels des moyens de communication et des transports intercontinentaux rendent certaines maladies aisément exportables, en particulier la variole en raison de sa période d'incubation particulièrement longue et du fait qu'elle est encore endémique dans le sub-continent indien, l'Amérique du Sud et certains pays africains malgré les progrès réalisés.

Toutefois, les chiffres de mortalité ne constituent qu'une indication quantitative et très partielle. La morbidité, en effet, reste très élevée, du fait de la persistance de ce que l'on peut appeler les maladies de masse. Ainsi, le paludisme, cause principale en particulier des décès de nourrissons sous les tropiques, ferait encore souffrir 300 millions de personnes. Il faut y ajouter notamment, la bilharziose, le pian, l'ankylostomiase, la trypanosomiase, le trachome, la syphilis, les hépatites infectieuses et surtout les maladies gastro-intestinales. Ces dernières constituent à elles seules une plaie plus ou moins cachée dans une grande partie des P.V.D. et on estime que les vers intestinaux réduisent considérablement les facultés de travail de ceux qui en sont atteints en amputant dans une proportion de 25 à 30 % les rations alimentaires souvent insuffisantes ou mal composées. La malnutrition est, en effet, une cause générale d'affaiblissement des organismes et les rend vulnérables à toutes les maladies et, notamment, à des maladies à prédominance sociale qui se développent, en particulier dans le prolétariat urbain détribalisé, comme l'alcoolisme et la tuberculose pulmonaire.

Il apparaît donc, malgré les progrès très considérables réalisés contre les grandes épidémies, que de nombreuses maladies subsistent encore à une grande échelle et que d'autres ont tendance à se développer. En outre, la santé conditionnant la capacité de travail de l'homme et ses possibilités d'épanouissement physique et intellectuel, il apparaît que **le mauvais état sanitaire, conséquence souvent du sous-développement, est aussi cause de sous-développement**. Le lien évident entre santé et développement amène donc, à l'époque actuelle, à poser le problème de l'état sanitaire dans les P.V.D. en termes nouveaux, à élaborer une politique sanitaire efficace et adaptée aux nécessités et aux moyens de chaque pays ou groupe de pays et à considérer cette politique sanitaire comme un des éléments majeurs et permanent d'une politique d'ensemble de lutte pour le développement.

*
* *
*

Les principales difficultés rencontrées dans la plupart des pays en voie de développement ne sont pas faciles à surmonter. Le médecin général Lapeyssonnie a eu souvent l'occasion de rappeler qu'il y avait d'abord la difficulté constituée par la nature même des maladies qui sont souvent des affections chroniques lassant le malade et coûteuses pour les autorités sanitaires. Il y a aussi, naturellement, la dispersion de l'habitat rural dans des pays où souvent 80 % de la population vit en brousse, ce qui rend difficile le diagnostic, le traitement et le contrôle, d'autant que les crédits

limités des budgets santé vont généralement plus volontiers à la médecine hospitalière, plus spectaculaire, qu'à la médecine de « brousse », cependant que les aides extérieures se concentrent souvent de préférence sur la construction et l'amélioration de formations sanitaires fixes. En outre, dans le cadre des crédits alloués à la santé publique, les salaires du personnel représentent fréquemment près de la moitié, « ce qui retentit aussi bien sur l'approvisionnement régulier en médicaments et objets de pansements que sur le remplacement et la modernisation de l'appareillage, l'entretien des bâtiments, la réparation et le renouvellement des moyens de transport ».

« Cependant, le nombre des médecins, pharmaciens, infirmiers et infirmières, auxiliaires médicaux de tous ordres rapporté à la population est partout très inférieur à celui des pays développés et des chiffres de 1 médecin pour 20, 30, 50.000 habitants ne sont pas rares. Mais un élément aggravant vient encore s'ajouter à cette constatation : c'est celui de l'inégale (et facheuse) répartition de ce personnel entre les villes et les campagnes. Dans de nombreux pays en voie de développement, la moitié et quelquefois les trois-quarts des médecins (et du personnel auxiliaire) sont concentrés dans la capitale, où ils se sont enkystés pour des raisons professionnelles (meilleur équipement), financière (clientèle plus aisée), ethniques et linguistiques (ils proviennent souvent de familles citadines), et aussi en tant que consommateurs, parce que la grande ville offre une vie plus confortable, plus facile, plus sûre ». Enfin, certains étudiants qui vont faire leurs études de médecine en Europe ou en Amérique du Nord préfèrent s'y fixer pour des motifs souvent comparables à ceux énoncés plus haut, auxquels il faut ajouter parfois le mariage avec une étrangère, plutôt que de rentrer au pays.

* *

Telles sont quelques-unes des principales difficultés rencontrées un peu partout dans les pays en voie de développement. Il en résulte que, dans la définition d'une politique sanitaire, il faut avoir le souci de penser à la construction d'hôpitaux, de dispensaires, de maternités, mais il faut aussi s'efforcer, compte tenu de ce qui est déjà réalisé, de moins privilégier les capitales par rapport aux petits centres urbains et surtout à la brousse; en outre, il faut s'attacher naturellement à développer le nombre de médecins et du personnel médical en général mais en favorisant éventuellement le retour au pays et toujours une meilleure répartition géographique. Presque partout on assiste actuellement, en effet, à l'accentuation du décalage entre la ville et la brousse, en raison en particulier de l'insuffisance des services mobiles de prophylaxie.

Or, l'accord des spécialistes semble assez général pour considérer que, dans les pays en voie de développement, il est souhaitable de mettre de plus en plus l'accent sur des actions sanitaires nécessitant assez peu de personnel médical et de relativement faibles dépenses par rapport aux résultats qu'elles permettent d'obtenir : vaccinations, lutte contre le paludisme à l'aide des insecticides, application de la thérapeutique chimique, etc. C'est ainsi que l'on a estimé, il y a 4 ou 5 ans, que le prix d'une campagne contre le paludisme revenait à 0,80 FF par personne protégée, qu'une injection de pénicilline qui guérit à peu près sûrement le pian coûtait moins de 1 FF et qu'il ne fallait guère plus de 10 FF pour traiter un lépreux avec les sulfones et arrêter la contagion.

Le progrès scientifique et les techniques modernes fournissent donc des moyens d'action accrus cependant que des rancontres internationales variées facilitent les échanges d'informations et la coordination des actions sur le terrain. Un exemple parmi d'autres, et qui concerne l'Afrique, est donné par le séminaire organisé fin mars 1972 à Lagos par le bureau africain de l'O.M.S. sur la méningite cérébro-spinale qui sévit particulièrement dans les pays situés dans la « ceinture méningitique » qui s'étend de l'Atlantique à la Mer rouge et englobe en Afrique tout ou partie d'une vaste zone qui va du Sénégal à l'Ethiopie. A Lagos, les représentants de quatorze pays ont passé en revue le système actuel de surveillance épidémiologique et de lutte contre cette maladie.

* *

Par ailleurs, il est clair aussi que l'amélioration de l'état sanitaire passe par l'amélioration de la nutrition. Certes, les prédications apocalyptiques d'il y a quelques années concernant l'éventualité d'une famine dans de larges



régions du monde ne se sont heureusement pas réalisées. Mais des situations de famines sont cependant apparues dans certains pays comme une conséquence de conflits armés localisés, et cela malgré la rapidité constamment accrue des moyens de transport et les progrès, modestes mais réels, de la solidarité internationale. Toutefois, personne ne conteste que la sous-alimentation existe, plus ou moins, dans de nombreuses parties du globe, 25 % de la population mondiale disposant de moins de 2000 calories alors que l'on considère que la sous-alimentation apparaît au-dessous de 2.500 calories. Et encore ces données quantitatives doivent-elles être complétées par des considérations qualitatives sur **l'équilibre nutritionnel**, car, d'une façon générale, l'alimentation des pays sous-développés est mal équilibrée : la lacune la plus fréquente est l'insuffisance des protéines (viande, lait, œufs, poisson), mais les sels minéraux et les vitamines manquent souvent aussi. Ces données qualitatives définissent ce qu'on a appelé « la faim occulte ». Elle est occulte parce qu'elle n'est pas mise en évidence par les calculs caloriques, mais elle l'est aussi parce qu'elle n'est pas sentie par l'individu car des carences de ce genre entraînent au contraire un manque d'appétit qui fait que les populations ne sont pas sensibles à cette carence comme elles le sont au manque de calories.

Le conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) a étudié le problème de la malnutrition au cours de sa session de janvier 1972. L'importance accordée à ce sujet est due non seulement à la gravité persistante de la situation, mais encore à ce que les gouvernements ont compris qu'il est extrêmement difficile de promouvoir le développement social et économique lorsque les effets biologiques de la malnutrition réduisent sérieusement les ressources humaines.

Le rapport présenté au Conseil constate, en effet, que la malnutrition affecte, plus ou moins, près des trois quarts de la population du globe. Aussi, l'O.M.S. demande-t-elle que, dans la campagne contre la malnutrition, la priorité soit donnée à quatre types de troubles nutritionnels :

— La malnutrition protéino-calorique, qui constitue une cause importante de mortalité et entraîne des lésions physiques et mentales irréversibles. Selon le rapport de l'OMS, trois pour cent des enfants de moins de cinq ans dans les pays en voie de développement, soit 11 millions, souffrent d'une malnutrition protéino-calorique grave et 20 pour cent, soit 76 millions, sont affectés sous une forme modérée par cette carence alimentaire.

— La xérophtalmie, ou carence en vitamine A, qui peut provoquer de graves lésions, dont la cécité, et qui sévit en particulier dans les pays d'Asie et du Moyen Orient.

— Les anémies nutritionnelles, qui atteignent surtout les femmes enceintes et les nourrissons.

— Le goître endémique, maladie de carence nutritionnelle qui affecte tous les âges et qui sévit dans la plupart des pays en voie de développement.

A ces quatre groupes de maladies s'ajoutent le rachitisme, le scorbut, la pellagre, le bérubéri et d'autres affections de nutrition.

Le Conseil exécutif recommande, par conséquent, une surveillance permanente (nationale et internationale) sur l'état nutritionnel des populations et se propose de conseiller aux gouvernements les mesures à prendre pour prévenir les différentes formes de malnutrition et coordonner de façon accrue l'assistance de l'O.M.S. avec l'action d'autres institutions internationales, notamment la F.A.O.

*
* *

L'énoncé des difficultés rencontrées dans l'amélioration de la situation sanitaire dans les P.V.D. ne doit cependant pas masquer l'essentiel : il y a eu une amélioration considérable au cours des 20 ou 30 dernières années, au point que l'on a parlé de **révolution sanitaire**. Ce phénomène heureux est évidemment l'une des causes de **l'expansion démographique mondiale actuelle**.

L'annuaire démographique annuel des Nations-Unies nous apprend qu'en 1971, il est né chaque jour deux fois et demi plus d'hommes qu'il n'en est mort. La population mondiale, qui est actuellement d'environ 3.632 millions d'êtres, doublera en trente ans si rien n'a pu être fait dans les délais les plus brefs pour entraver cette vertigineuse progression qui portera la population mondiale à environ 7,5 milliards en l'an 2 000.

Sans doute les situations et les perspectives sont-elles très variables selon les pays et les régions du monde. Au surplus, le phénomène de croissance démographique est relatif car il ne devient inquiétant que lorsque la population croît plus vite que les ressources, le point critique étant atteint lorsqu'il y a disproportion entre les deux. D'une façon générale, les E.A.M.A. partant souvent de chiffres relativement bas, ne paraissent pas les plus menacés. Il semble toutefois intéressant de rappeler quelques résultats de la Conférence africaine sur la population tenue à Accra en Décembre 1971. Cette Conférence a été organisée par la Commission Economique pour l'Afrique en collaboration avec la Division de la population des Nations-Unies et le Bureau de la Coopération technique et a été suivie de la Conférence des démographes africaines.

De ces travaux, il ressort que, pour l'ensemble de l'Afrique, le taux actuel de croissance de la population (environ 2,8) est égal à celui de l'Asie du Sud et de l'Amérique latine. Si les hypothèses de projections s'avèrent exactes, l'Afrique aurait, dans quelques années, le taux le plus élevé de croissance parmi les principales régions du monde et elle resterait seule dans cette position à peu près à partir de 1980 et jusqu'au début du 21ème siècle et peut-être même bien au-delà. La moyenne des projections indiquent donc que les 344 millions d'habitants vivant en Afrique en 1970 augmenteront de 64 pour 100 pour atteindre 530 millions en 1985. A la fin du siècle, la population africaine pourrait atteindre 818 millions, soit une augmentation de 137 pour 100 par rapport à 1970.

Il est clair que cette poussée démographique, générale dans les P.V.D., et qui résulte en partie de la « révolution sanitaire », va peser fortement sur la croissance économique et va poser de nombreux problèmes, notamment en matière d'instruction, de formation professionnelle, d'emploi, de logement, etc. Certains bons esprits vont jusqu'à penser que l'histoire, et notamment celle des vingt dernières années avec le déplacement des principales guerres vers le continent asiatique où la population croît plus vite que les ressources, montre bien le caractère explosif de structure où le sous-alimentation, le sous-développement et le chômage engendrent le désespoir et favorisent l'agressivité collective. Le créateur de la polémologie ou sciences des guerres, Gaston Bouthoul, a systématisé ces thèses dans un ouvrage assez récent intitulé « l'infanticide différé ».

* * *

Les E.A.M.A., encore une fois, ne font généralement pas partie des pays où ces problèmes démographiques sont particulièrement importants, mais, dans le cadre général d'une réflexion sur les rapports entre la santé et le développement, ces problèmes méritaient certainement d'être évoqués.

Au terme de toutes ces remarques, il apparaît donc bien nécessaire de considérer les problèmes de santé comme un des éléments importants d'une politique de développement et une politique sanitaire doit certainement être coordonnée avec les autres aspects d'une planification d'ensemble du développement.

Il apparaît aussi que, partout, il faut lutter contre la coopération insuffisante de la masse rurale de la population à l'action sanitaire des autorités, ainsi que le montre, par exemple, l'absentéisme assez fréquent aux séances collectives de dépistage et la fréquentation souvent irrégulière des centres de traitement. Un effort de propagande, au meilleur sens du terme, auprès des populations est donc généralement souhaitable afin d'obtenir leur concours actif aux efforts entrepris, car comme le dit un proverbe malien « Dieu est bon, mais il ne donne rien à qui reste couché ».

« C'est unis et solidaires que nous devons nous présenter pour défendre les intérêts de nos peuples, qu'il s'agisse du prix de nos matières premières, des problèmes monétaires ou de la réalisation des projets régionaux »
Général Etienne EYADEMA

L'Association doit être renforcée et non affaiblie

nous déclare
Son Exc. Victor Emmanuel DAGADOU

**Ambassadeur de la République du Togo auprès du Benelux et du Royaume-Uni
Représentant/Chef de la Mission de la République du Togo auprès des Communautés Européennes**

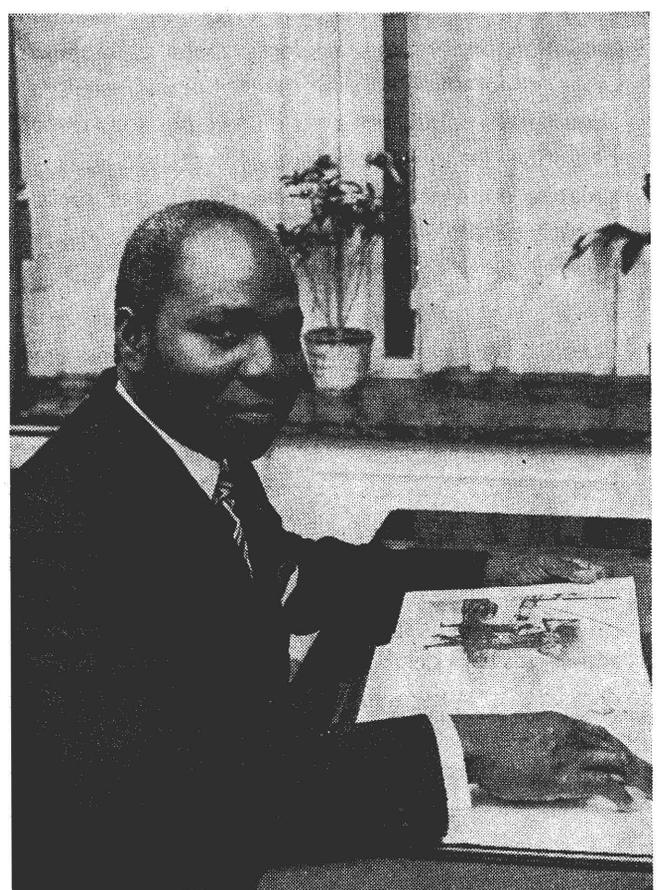
On constate au Togo un accroissement des investissements étrangers, surtout dans les secteurs de l'industrie et de l'infrastructure. A quoi cela est-il dû ?

Le Togo s'étend sur 56 000 km entre le Dahomey à l'Est, le Ghana à l'Ouest et la Haute Volta au Nord. Selon le dernier recensement connu, la population atteint 2 100 000 habitants.

Il n'est point besoin de faire l'historique de la situation politique au Togo avant l'avènement du Gouvernement du Général Etienne Eyadema en janvier 1967. Aujourd'hui tout le monde s'accorde à constater avec satisfaction tous les changements intervenus et que nous vivons depuis plus de cinq ans. C'est cette évolution politique caractérisée essentiellement par une stabilité politique remarquable qui est le support principal de l'accroissement des investissements étrangers dans mon pays. Le Togo vit depuis 1967 des années de paix retrouvée non seulement sur l'étendue du territoire mais également dans les familles et dans les villages. Progressivement se sont éteintes les divisions et les luttes intestines orchestrées sous la bannière du tribalisme, du régionalisme et des anciens partis. Le calme est revenu partout dans le pays et la politique d'union et de réconciliation nationale préconisée par le Gouvernement donne déjà des résultats positifs.

Cette politique de bon sens et de réalisme est fortement soutenue par l'écrasante majorité de la population regroupée au sein du Rassemblement du Peuple Togolais (R.P.T.) dont les récentes assises à Palimé, en novembre 1971, ont confirmé avec éloquence la popularité du Général Eyadema et de son régime, ainsi que la grande confiance et l'estime que nourrit le peuple tout entier à l'égard du Président de la République togolaise considéré avec raison comme le Père de la Nation togolaise.

Lorsqu'il existe dans un pays comme le mien un climat de stabilité politique, de dialogue et de paix, il est démontré que les investisseurs étrangers n'hésitent pas à venir trouver de bons placements pour leurs capitaux dans le souci de



faire des affaires, ce qui est tout à fait normal. Sur le plan des garanties et de la confiance que recherchent souvent les investissements étrangers, je peux vous affirmer que le Togo récolte présentement les fruits des efforts inlassables déployés par le Gouvernement et consistant essentiellement à ramener la paix dans le pays, instaurer un climat de confiance, de dignité et de discipline à tous les niveaux de la vie nationale, rétablir et assainir les finances publiques et à mettre en place un régime politique stable et fort appuyé solidement par un mouvement de masse qui est son auxiliaire en vue de développement économique et social du pays.

La balance commerciale a été redressée et l'équilibre budgétaire rétabli dès 1968, soit deux années avant les prévisions les plus optimistes. Il en est de même de la croissance du Produit Intérieur Brut estimé à 5,3 %, et qui avait atteint, dès 1968, le chiffre exceptionnel de 7 %.

Afin de résoudre le problème des disparités régionales et augmenter en même temps les échanges entre les diverses régions du pays, le Gouvernement avait pris soin conformément au Plan Quinquennal, de développer les moyens de communications et d'une façon générale de mettre des des infrastructures adéquates au service du développement économique. C'est ainsi qu'un port en eau profonde, véritable poumon économique du Togo, fut inauguré en 1968. Il sera complété sous peu par un port de pêche et un port minéralier et pétrolier. En attendant, une zone franche d'environ 70 ha fut aménagée autour du port, où des industries peuvent s'établir sans taxes et réexporter leurs produits de transformation sans complications.

D'un autre côté, le bitumage de l'axe routier Nord-Sud, Lomé-frontière Haute-Volta, avec de nombreuses bretelles transversales et autres routes secondaires, va canaliser tous les recoins économiques du pays vers le port.

L'esprit libéral et d'ouverture traditionnel du peuple togolais, une amélioration très nette des structures, la stabilité politique accompagnée d'un redressement économique et financier depuis 1967, ont été, à mon sens, à la base d'un regain d'intérêt et de compréhension pour les problèmes togolais de la part des partenaires du Togo, et ont créé les conditions indispensables de la confiance chez les investisseurs.

Que représente la production des phosphates dans l'économie de votre pays?

Le gisement de phosphates découvert en 1952, est exploité par la Compagnie Togolaise des Mines du Bénin (COTOMIB), dans laquelle le Gouvernement détient 20 % du capital. Au départ, la COTOMIB s'était engagée à produire 500 000 tonnes par an de phosphate marchand. Progressivement cette production fut doublée puis triplée et les prévisions pour la période 1971-1975 sont de l'ordre de 1 750 000 à 2 400 000 tonnes. Cette production, qui pourra éventuellement croître dans l'avenir grâce à l'apport de la couche de phosphates qui recouvre le gisement de calcaire d'Aveta, fait de la COTOMIB la première affaire industrielle du Togo. Les équipements ont nécessité un

investissement de l'ordre de 11 milliards CFA. Les redevances au budget togolais sous forme d'impôts et taxes divers, y compris la participation de l'Etat dans le capital de la Compagnie, sont relativement importantes, sans compter que la COTOMIB emploie environ 1 100 Togolais et 80 étrangers dont les salaires représentent un apport non négligeable pour l'économie du pays.

La croissance des échanges extérieurs du Togo permet à l'économie togolaise une certaine expansion. Quelles sont les différentes actions entreprises dans ce domaine?

Depuis 1968, la situation du commerce togolais va en s'améliorant. Le volume global des échanges a augmenté de 11,3 % en 1968, de 20,8 % en 1969 et de 27,1 % en 1970. Les exportations aussi bien que les importations se sont sensiblement accrues ces dernières années, et fort heureusement, nos exportations progressent de 26,6 % en moyenne contre 17,6 % pour les importations.

Le déficit de la balance commerciale de l'ordre de 3,24 milliards CFA en 1967 n'était plus que 2,76 milliards en 1970 avec un taux de couverture de 84,6 % au cours de la même année.

En conséquence, les objectifs du 2^e plan de développement sont les suivants :

- intensifier les efforts pour l'amélioration du taux de couverture
- veiller à ce que le volume des importations des produits de consommation demeure faible relativement au volume des importations des biens d'équipement.
- mettre tout en œuvre pour accroître les échanges commerciaux avec les pays d'Afrique, notamment avec les pays voisins.

Les exportations du Togo ont atteint en 1970 le chiffre de 15,176 milliards alors qu'elles étaient de 7,89 milliards en 1967. Elle ont donc pratiquement doublé en trois ans. Cet accroissement spectaculaire suit la progression et la vente des produits à l'exportation, cacao, café, palmistes, coton, etc.), ainsi que l'évolution des phosphates togolais.

Le cacao en fèves atteint en 1970 le chiffre record de 41,8 % du total de nos exportations, soit 30 513 tonnes et en valeur 6,336 milliards CFA.

Les phosphates du Togo occupent la 2^e place avec 24,5 % des exportations. « Les Mines du Bénin » ont exporté, en 1970, 1 504 000 tonnes de phosphates pour une valeur de 3 720 millions CFA.

En 3^e position vient le café qui représente, en 1970, 17,5 % de nos exportations, soit 13 365 tonnes pour une valeur de 2 657 millions CFA.

Les autres produits de vente, soit 16,2 % des exportations, sont également en augmentation, excepté l'arachide qui regresse en tonnage. Ces produits sont : les palmistes, le coton fibre, l'arachide, la féculé de manioc, le tapioca, le coprah, les tissus imprimés, etc.

Le premier client du Togo reste la France (28,2% en 1970); viennent ensuite les Pays-Bas, l'U.E.B.L., l'U.R.S.S., la République Fédérale d'Allemagne, l'Italie, le Japon et la Grande Bretagne.

Il y a lieu de mentionner le rôle prépondérant que joue l'O.P.A.T. (Office des Produits Agricoles du Togo) dans la commercialisation des produits togolais. L'O.P.A.T. a le monopole de l'exportation des principaux produits agricoles togolais tels que : le cacao, le café, les palmistes, le coton, le coprah, le kapok, le karité, le ricin et l'arachide.

La création en mars 1972 de « Togograin », homologue de l'O.P.A.T. pour les produits vivriers, constitue pour le commerce togolais un événement important, car l'action complémentaire de ces deux offices ne peut que donner un nouveau souffle à notre commerce.

Les importations du Togo, stationnaires de 1966 à 1968, ont connu ensuite une hausse très sensible; en 1970, elles se sont accrues de 23% par rapport à l'année précédente.

Les produits alimentaires, les boissons et le tabac ont atteint un taux d'accroissement de 27,9%, soit une valeur de 4 700 millions CFA.

Les demi-produits se sont accrues de 45,5% entre 1968 et 1970 et les produits finis de 30,2% entre 1968 et 1970.

Comme pour les exportations, la France reste notre premier fournisseur (29,5%). Elle est suivie par la Grande-Bretagne, l'Allemagne Fédérale, les Pays-Bas, le Japon etc.

Signalons qu'il existe un commerce très actif avec les pays voisins.

En conclusion, on peut dire que le volume global des échanges extérieurs du Togo croît effectivement, même si notre balance commerciale présente quelque déficit. La progression est meilleure et sensiblement plus marquée pour les exportations que pour les importations qui portent davantage sur les matériels d'équipement, en raison de notre politique d'industrialisation et de grands travaux indispensables à toute jeune nation qui lutte pour son développement, économique et social.

Existe-t-il dans votre pays une interdépendance des différents secteurs de l'économie nationale?

L'économie togolaise qui se porte bien à l'heure actuelle n'est pas à comparer cependant à celles des grands pays industrialisés où le système économique est très structuré, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des pays en voie de développement.

Jusqu'à un passé récent, elle dépendait totalement du secteur rural et du petit commerce. Aujourd'hui encore, la part du secteur primaire dans la formation du produit intérieur brut est de 44,5%, ce qui veut dire que le Togo dépend pour 80% de ce secteur. Encore que l'agriculture traditionnelles, épine dorsale de notre économie, est restée à un stade relativement peu évolué. Le programme d'aménagement hydro-agricole (vallée Sio-Haho-Lac Togo) permettra

certainement vers 1975 de moderniser une partie de notre agriculture, en la soustrayant de sa dépendance des conditions écologiques et climatiques. On estime toutefois que cette action de grande envergure, qui devrait faire passer notre économie, de son stade actuel à un stade d'économie de marché, ne rencontrera l'adhésion totale des paysans que si les prix des produits exportés sont suffisamment rémunérateurs pour les stimuler davantage. Mais ce problème est plutôt d'ordre international et reste lié à la détérioration des termes de l'échange.

Le 2^e plan de développement économique du Togo 1971-1975 prévoit en 1975 un apport supplémentaire du secteur primaire de 12 585 millions de francs tandis que la part relative de ce secteur dans l'économie nationale diminuerait de 1,8%.

A la même période, le secteur secondaire enregistrerait un taux d'accroissement annuel de 9%, l'industrie atteignant un taux d'accroissement exceptionnel de 15,8% par an.

Ceci montre bien l'importance que le Togo accorde de plus en plus à l'industrialisation malgré les innombrables problèmes que soulève ce secteur dans un pays dont le marché intérieur est relativement étroit et petit.

Comme au Togo, les obstacles à l'industrialisation dans beaucoup de pays africains sont généralement les suivants :

- rareté des capitaux;
- coût élevé des investissements;
- manque de moyens des entrepreneurs locaux;
- coût élevé des matières premières importées;
- cherté de l'énergie électrique, etc.

Si mon pays a fait des efforts considérables dans le domaine des infrastructures liées aux communications, on constate qu'il n'a ni un marché suffisant ni une production abondante de certaines matières premières locales dont il a besoin pour ses industries naissantes.

Voilà pourquoi nous devons faire un choix dans le domaine de l'industrialisation. L'étroitesse de notre marché ne nous permet pas d'implanter des industries gigantesques, excepté certaines industries spécifiques. L'industrie togolaise est donc orientée, pour le moment du moins, vers de petites et moyennes entreprises nationales (salines du Togo - Brasserie du Bénin) ou vers de grandes industries à vocation régionale (C.I.M.A.O. - Société Togolaise de Marbrerie).

Les difficultés que connaît à l'heure actuelle l'industrialisation et auxquelles il est fait brièvement allusion ci-dessus, ne caractérisent pas uniquement l'économie togolaise; c'est plutôt l'apanage de tous les pays africains en voie de développement à quelques exceptions près : l'économie dépend de l'agriculture qui a son tour dépend de facteurs extérieurs. Le développement industriel, agro-industriel dans la plupart des cas, est lié à l'essor de l'agriculture et aux possibilités d'écoulement des produits bruts, finis ou semi-finis.

Or, pour assurer son plein développement, le Togo doit faire face à tous ces problèmes à la fois : agriculture, industrie, transport, commerce, formation. C'est cette tâche de longue haleine que mon pays s'est assignée comme objectifs à travers les plans quinquennaux à savoir : le développement de l'agriculture, la modernisation du secteur primaire, la transformation des produits, le drainage de toute notre production vers le port de Lomé, la commercialisation par le biais de l'Office des Produits Agricoles du Togo (O.P.A.T.), etc.

Pour le Togo, avec ses 56 000 km² pour une population d'environ 1 900 000 habitants, ce qui donne une densité nettement plus élevée que la plupart des autres pays de l'Afrique occidentale, a-t-on élaboré une politique sociale?

Le Togo avec ses 56 000 km² pour une population de 2 100 000 habitants et non 1 900 000 habitants comme vous le mentionnez, est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest où la densité est très élevée avec 37 habitants au km².

Il existe une politique sociale dont les grandes lignes sont définies dans les deux Plans de développement économique et social.

En effet, le Premier Plan Quinquennal 1966-1970 s'était fixé notamment comme objectifs : la consolidation des centres sociaux et communautaires en milieu urbain, la création à Lomé d'un centre d'accueil pour les jeunes délinquants; en milieu rural, la coordination régionale des actions sociales des divers ministères au sein des centres régionaux de bien-être social; la constitution d'équipes sociales chargées de susciter et d'animer des activités de développement communautaire, l'ouverture de nouvelles cantines scolaires et l'extension du réseau des jardins d'enfants.

Il est réconfortant de dire qu'à la fin du Premier Plan, a été mise en place une importante infrastructure dont l'exploitation rationnelle et judicieuse doit permettre le succès d'actions sociales efficaces en vue de sauvegarder nos ressources humaines, facteur indispensable du développement économique et de tout progrès.

Au cours du Second Plan, l'infrastructure sociale sera complétée et améliorée et on met surtout l'accent sur une exploitation optimale des équipements existants.

Les programmes sociaux retenus concernent notamment l'enseignement et la formation professionnelle, la sécurité sociale, l'assistance médicale, l'éducation sous toutes ses formes, l'information et l'animation, sans oublier les problèmes de la jeunesse et le développement culturel et sportif.

Il faut encore noter que le Gouvernement vient d'entreprendre la réforme de l'enseignement afin de l'adapter davantage aux nouvelles réalités togolaises, en tenant compte des perspectives d'avenir et des besoins réels du pays.

Peut-on appliquer l'expression «démographie galopante» au Togo?

Le taux d'accroissement annuel de la population togolaise varie entre 2,6 et 2,9 % avec une moyenne voisine de 2,7 %. On estime que la population passera de 2 100 000 habitants en 1970 à 3 millions en 1985. En ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest tout au moins, ce chiffre constitue une croissance extraordinaire, si l'on sait qu'à part le Nigéria, seul le Dahomey a dans cette région une densité sensiblement égale à 25 habitants au km². On peut dire que le Togo commence à connaître le phénomène de la démographie galopante.

Cette situation pose déjà aux Autorités gouvernementales des problèmes dont les plus importants se situent au niveau de la scolarisation des enfants dont les effectifs augmentent sensiblement chaque année, et dans le domaine de l'emploi où l'on essaie progressivement de résorber le chômage qui devient de plus en plus préoccupant.

A l'heure actuelle, on estime que sur 60 % des terres cultivables au Togo, 11 % seulement sont cultivées. Et l'on peut se demander si la solution aux problèmes de la démographie ne se trouve pas dans la mise en valeur rationnelle de nos ressources naturelles, permettant ainsi d'employer à plein rendement tous les Togolais actifs et de les faire travailler aux tâches de développement afin de les nourrir et de leur procurer un certain bien-être.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas s'alarmer outre mesure, la situation n'étant nullement dramatique. Il serait même dangereux à mon avis de vouloir ralentir l'accroissement démographique par des méthodes bien connues dans les pays développés, étant donné que nous ne devons pas oublier non plus que l'insuffisance de notre marché intérieur constitue un sérieux obstacle à l'industrialisation du Togo.

Qu'entendez-vous dans le cadre de l'infrastructure économique?

Le Gouvernement togolais a fait depuis quelques années des efforts financiers accrus pour consolider, moderniser et compléter l'infrastructure économique existante. De nouvelles structures d'accueil ont été mises en place pour tenir compte des impératifs du développement, notamment les sociétés régionales d'aménagement et de développement (SORAD) à raison d'une par région économique, et la Société Nationale d'Investissement (S.N.I.) qui vient d'être créée.

En ce qui concerne les infrastructures, je retiendrai seulement les installations portuaires, routières, aériennes et celles qui sont liées à l'énergie électrique.

Le Port de Lomé, comme je l'ai dit, est un port en eau profonde, un port autonome avec une zone franche. Il constitue incontestablement le plus grand pôle de notre développement économique. Avec sa capacité de 500 000 tonnes, il est appelé à s'étendre dans l'avenir de façon à répondre efficacement aux exigences du trafic de plus en plus croissant.

L'augmentation des activités du Port de Lomé est variable d'année en année. Elle est de 27,4 % de 1968 à 1969, de 6 % de 1969 à 1970 et de 15 % de 1970 à 1971. On a compté en 1970 à Lomé, 524 navires de 15 nationalités différentes contre 490 navires en 1969.

En complément de ce qui existe actuellement, il est prévu la construction de la jetée – Est, d'un port minéralier et pétrolier et d'un port de pêche.

Quant aux infrastructures routières, il faut reconnaître les efforts jusqu'à présent fournis par les Autorités togolaises. Ils sont considérables et se traduisent par la modernisation des routes de desserte et le bitumage des axes suivants :

- Aflao – Hillakondji
- Palime – Atakpame – Badou
- Anecho – Tabligbo – Tsevie

Mais à l'heure actuelle, le problème qui préoccupe davantage mon Gouvernement est le bitumage en entier de la route Nord-Sud qui constitue l'épine dorsale du Togo et dont certains tronçons sont déjà terminés ou en voie de réalisation, financés par le F.E.D. ou le F.A.C.

Le principal objectif de l'axe routier Lomé – Ouagadougou consiste à relier deux pays limitrophes, la Haute-Volta et le Togo, et d'être par ce fait une voie de communication inter-étatique de grande portée économique, permettant de désenclaver de vastes régions situées de chaque côté de la frontière.

Dans le domaine des infrastructures aériennes, notons que l'aéroport de Lomé-Tokoin avec une piste de 2 400 m vient d'être agrandi pour doter la capitale d'un aérodrome de classe internationale. Une nouvelle aérogare est construite.

Le Gouvernement a aménagé par des moyens relativement importants, les pistes secondaires de l'intérieur (Atakpamé – Sokodé – Mango et Dapango).

Il me reste à dire quelques mots de l'énergie électrique. En attendant la réalisation du barrage de Nangbeto sur le Mono (barrage pouvant produire 465 millions de kWh/an et irriguer 16 000 ha au Togo et 26 000 ha au Dahomey), mon pays s'est engagé à s'alimenter en énergie électrique au Ghana (barrage d'Akossombo). L'installation de la ligne de haute tension Ghana – Togo – Dahomey sera achevée en novembre 1972.

Dans le domaine de la santé, des actions concrètes sont-elles prévues?

Dans le domaine de la santé publique, le bilan du premier plan de développement du Togo, a été très positif. Une importante infrastructure sanitaire a été mise en place. Le programme de construction de pharmacies urbaines (Togo-Pharma) et rurales, d'hôpitaux ou de centres hospitaliers régionaux, de dispensaires etc. est mené à bien. L'exemple de Togo-Pharma constitue une réussite qui fait la fierté des Togolais. C'est une pharmacie d'État qui met à la disposition des population au pouvoir d'achat assez limité, tant à Lomé

que dans l'intérieur du pays, les produits pharmaceutiques de première nécessité à des prix très bas. Il existe également des officines privées installées surtout dans les grands centres urbains.

Cependant, il reste encore beaucoup à faire. Le deuxième plan quinquennal 1971-1975 a pris comme option fondamentale le développement rural dans tous ses aspects. Il s'agit ici en quelque sorte de mettre davantage les bienfaits de la médecine moderne à la disposition des masses rurales qui représentent la majorité de la population.

Pour cela, il a fallu définir un certain nombre d'objectifs à atteindre à la fin du plan. L'idée maîtresse réside dans la préservation des ressources humaines du pays, facteur indispensable du développement économique, par une intensification des actions de médecine préventive auprès de la population tant active qu'inactive, en vue de lui assurer une protection sanitaire effective. Ce programme doit être complété efficacement par des actions de médecine curative et dispensé par un personnel sanitaire qualifié et bien formé.

La prévention de la lutte contre les maladies transmissibles telles le paludisme, la tuberculose et l'onchocercose par l'assainissement, l'hygiène du milieu, l'éducation sanitaire des masses, des campagnes de dépistage, de vaccination et de traitement, figurent en bonne place dans les options de ce deuxième plan. On prévoit, également, un effort important dans le domaine de la formation du personnel médical, de la construction et de l'équipement des centres hospitaliers. Le Département de la Santé Publique envisage de combattre énergiquement les causes les plus graves et les plus courantes de la morbidité et surtout de la mortalité infantile, ce fléau qui ravage encore nos pays par une campagne de lutte contre le « kwashiokor » et les maladies infectieuses de la mère et de l'enfant en général. Il a déjà lancé une campagne de vaccination contre la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite et compte ainsi diminuer de moitié la mortalité et de 75 % la morbidité infantile dans le domaine de ces trois maladies.

Quelles sont, dans ce domaine, les aides complémentaires que le Fonds Européen de Développement apporte?

L'aide du Fonds Européen de Développement au Togo dans le domaine de la santé publique a été très appréciée. Le programme de création d'une infrastructure sanitaire, l'un des objectifs du 1^{er} Plan Quinquennal, a pu bénéficier d'une subvention importante du Premier F.E.D. qui a permis la construction de 3 maternités, d'une école d'infirmières et l'assainissement de la ville de Lomé.

Un autre programme du 2^e Plan Quinquennal dit « de l'hydraulique villageoise » qui prévoyait le forage d'un nombre important de puits sur toute l'étendue du territoire, vient d'être financé en partie sur le 3^e F.E.D. Il a pour but de mettre de l'eau potable à la disposition des masses rurales qui en ont bien besoin surtout pendant les périodes de sécheresse. Comme on peut le constater, une première tranche seulement du programme sera réalisée sur ce Fonds. Le financement du reste de l'opération d'hydraulique villageoise sur le prochain F.E.D. ne semble pas poser de problèmes majeurs.

Le Togo est l'un des 24 pays africains, malgache et européens, signataires de la Convention de Yaoundé. Cette Association évolue. Que pense votre pays des conséquences de l'élargissement de la Communauté Européenne sur l'Association ?

A partir du 1^{er} janvier 1973, la Communauté Européenne sera élargie. Elle comprendra en plus des six États membres actuels, la Grande-Bretagne, le Danemark, la Norvège et l'Irlande. Déjà, on parle de la Communauté à Dix. Le sommet des Chefs d'État et de Gouvernement, prévu à Paris en octobre prochain, restera une rencontre historique qui consacrera davantage cet élargissement et engagera sûrement la Communauté Européenne vers une nouvelle finalité.

Il est évident que le Togo, comme tous les États africains et malgache associés, ne peut demeurer indifférent devant l'évolution qui se produit au sein du Marché Commun et dont les conséquences seront déterminantes sur l'avenir de l'Association C.E.E./E.A.M.A. Mon pays estime que l'élargissement de la Communauté pouvant entraîner celui de l'Association, toutes les dispositions et toutes les garanties doivent être prises afin de sauvegarder les principes fondamentaux de l'Association et l'acquis communautaire.

L'expérience acquise ensemble, après une dizaine d'années de vie commune dans le cadre des institutions paritaires, peut nous permettre de faire une nouvelle association répondant pleinement aux idéaux qui animent tous les partenaires. L'Association doit être renforcée et non affaiblie.

Toutefois, le Togo estime et trouve raisonnable que la nouvelle Organisation tienne compte de la volonté politique des nouveaux partenaires et des réalités nouvelles que nul ne doit ignorer ou sous-estimer.

Par sa position géographique et sa taille relativement modeste, le Togo n'aime pas s'ingérer dans les affaires intérieures des autres États et pratique toujours une politique d'ouverture et de bon voisinage. Le succès du récent sommet de l'Organisation Commune Africaine, Malgache et Mauricienne tenu à Lomé, avec la participation de nombreux Chefs d'État et de Gouvernement en est un éclatant témoignage. De même, la présence dans la capitale togolaise, à l'occasion du 12^e anniversaire de l'indépendance nationale, de toutes ces hautes personnalités de l'O.C.A.M. et des Chefs d'État du Nigéria et du Ghana, avec leurs suites comprenant notamment les Ministres des Affaires Étrangères des

pays amis représentés, est un autre exemple de la vocation de mon pays et de sa détermination à servir la cause de l'Afrique et de l'Association.

Il suffit de se reporter au passage ci-après du discours prononcé le 25 avril dernier par le Général Étienne Eyadema, Président de la République Togolaise, à la séance solennelle d'ouverture du sommet des Chefs d'État et de Gouvernement de l'O.C.A.M., pour saisir l'importance capitale que mon pays accorde aux problèmes que pose l'élargissement des Communautés Européennes.

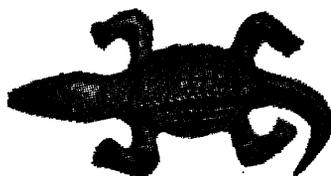
« C'est unis et solidaires que nous devons aborder nos partenaires de la Communauté Économique Européenne au moment où l'entrée de la Grande-Bretagne dans le Marché Commun va donner à cet organisme une dimension nouvelle qui nous concerne tous ».

Une conclusion, Monsieur l'Ambassadeur ?

On peut dire sans exagération que le Togo se trouve sur la bonne voie, sur la voie du développement grâce à la politique éclairée du Chef de l'État, aux impulsions incessantes données par le Gouvernement et au soutien populaire et réconfortant du Rassemblement du Peuple Togolais.

Avec la stabilité politique instaurée et l'équilibre budgétaire rétabli, avec la paix retrouvée et les structures économiques mises en place ou en voie d'installation, l'économie togolaise soutenue par un commerce extérieur en progression constante, se trouve visiblement à la croisée des chemins prête à prendre son essor définitif. Toutefois, la situation serait meilleure pour le pays et plus encourageante pour la masse laborieuse des paysans, si les prix des produits d'exportation, notamment ceux des matières premières, étaient stables et rémunérateurs, garantis par des accords internationaux. C'est pourquoi, mon pays souhaite vivement qu'à défaut d'accords sur le plan mondial, la Communauté Économique Européenne élargie fasse les efforts nécessaires pour conclure des accords régionaux par produit, dans le cadre de l'Association.

En ce qui concerne le financement des projets togolais, mon pays ne cesse d'apprécier l'aide importante et diversifiée que lui apportent les pays amis ainsi que les organisations internationales, notamment le Fonds Européen de Développement.



La santé

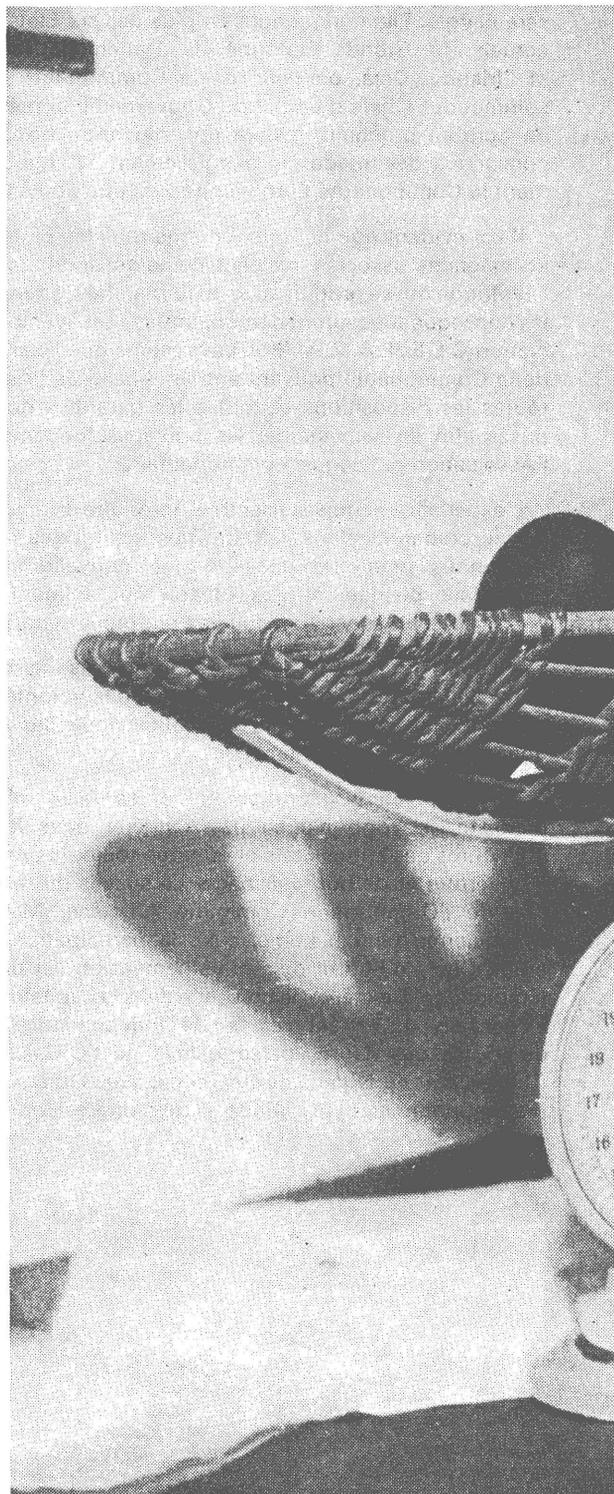
Les rétrospectives ne sont plus de saison. Et pourtant, comment apprécier à sa juste valeur l'ampleur du développement accompli dans les vingt-cinq dernières années en Afrique tropicale et à Madagascar, si l'on ne commence pas par mesurer le niveau de départ. Au lendemain de la guerre, il faut bien le dire, la condition humaine des populations d'outre-mer ne pouvait guère représenter un motif de fierté. Je me souviens encore de ce contact avec la population de la Médina à Dakar à mon premier débarquement en Afrique — c'était en 1935, il est vrai. Quel choc! J'étais guidé par une infirmière de grand cœur, celle-là même à qui Léopold Sédar Senghor dédiait l'un de ses poèmes et qui s'était vouée aux plus humbles et aux plus délaissées des populations africaines. A l'époque, les faubourgs de Treichville, de Lagos ou de Léopoldville n'étaient guère plus reluisants. Premiers reflux de la marée d'exode rural qui s'est démesurément amplifiée depuis et devant laquelle les administrations coloniales paraissaient totalement désarmées.

Mais déjà avant guerre, la mise en œuvre du développement économique posait de redoutables problèmes sociaux. Lorsque j'arrivais au Gabon — il n'y a que trente-sept ans — dans ce pays alors saigné par les transferts inconsidérés de main-d'œuvre, un médecin courageux venait de donner l'alarme en avertissant qu'au rythme de dépopulation consenti sinon provoqué, bientôt ce seraient les derniers descendants des Pahouins qui abattraient les derniers okoumés. C'était l'époque où Gide venait lui-même d'alerter l'opinion avec les révélations de son voyage au Congo.

UNE RÉTROSPECTIVE UTILE

La médecine elle-même, loin des grands centres, c'était la parente pauvre ou démunie ou asservie : que pouvait faire ce médecin-capitaine dans son poste médical situé à 300 kilomètres de l'hôpital le plus voisin qui possédait tout juste de quoi pratiquer une appendicectomie et ne prévoyait aucun approvisionnement avant six mois?

C'était le temps où le médecin-colonel Jamot venait de sortir le Cameroun de l'épouvante en jugulant la maladie du sommeil. La récompense avait été la disgrâce. Muté en Haute-Volta, il venait d'y commettre le crime d'y déceler un important foyer de trypanosomiase au cœur même du résér-



I. — Les problèmes de santé dans les E.A.M.A.

par le Docteur Louis-Paul AUJOULAT, ancien ministre (1)

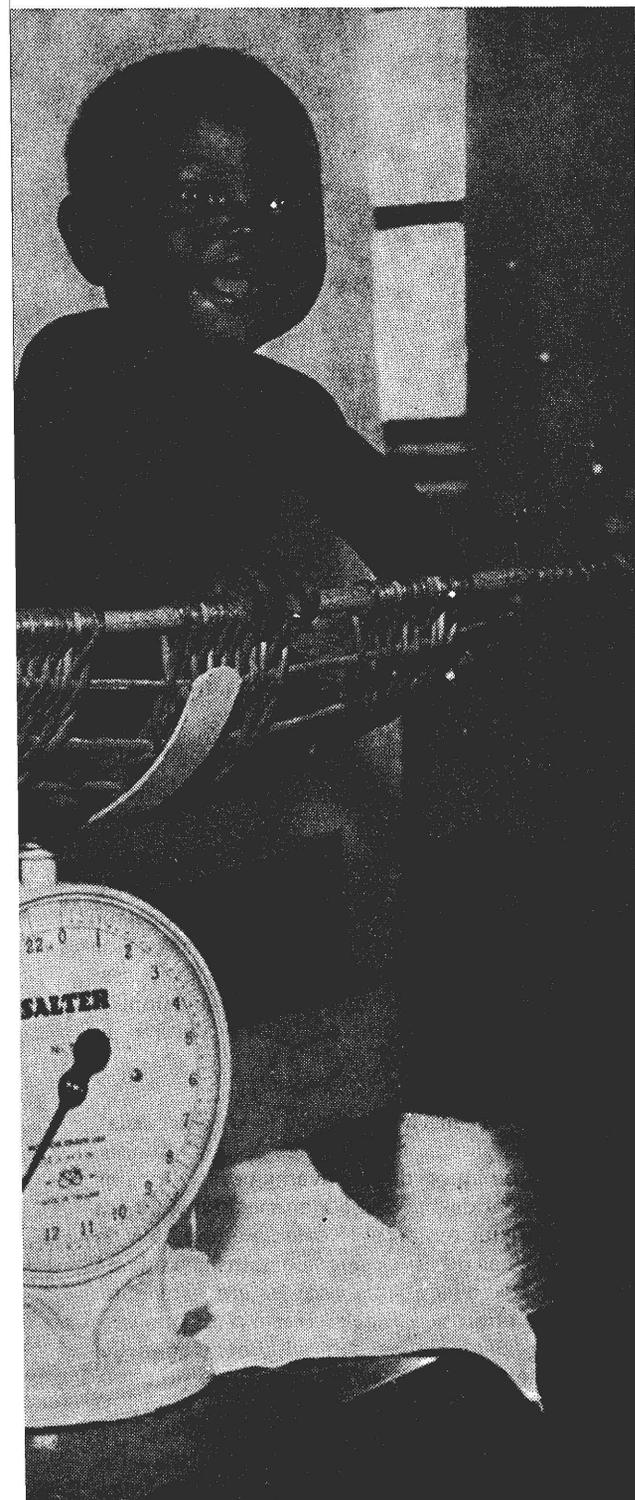
voir de main-d'œuvre dans lequel puisait abondamment la Côte d'Ivoire pour ses chantiers agricoles ou forestiers. Au nom de quoi la médecine pouvait-elle résister aux impératifs économiques? Là où elle n'était pas démunie, il ne restait qu'à l'asservir.

Non pas que la colonisation n'ait pas été humainement bénéfique ou socialement généreuse. Mais elle l'a été à travers la vocation et le comportement de colonisateurs généreux ou de missionnaires voués au service africain. Dans son essence en tous cas elle ne pouvait guère l'être, du moins sûrement pas par priorité. Son rôle premier demeurait d'alimenter les métropoles et de leur assurer des débouchés. Comment s'étonner dès lors que l'avant-guerre n'ait pas connu le moindre plan d'investissements sociaux venant d'Europe? Comment s'étonner davantage du retard apporté à la préparation des cadres africains? Les premières élites qui ont été formées, on les a voulues délibérément utilitaires, c'est-à-dire ajustées à des tâches bien précises. Moyennant quoi d'ailleurs ces premières écoles d'infirmiers, de médecins auxiliaires ou de techniciens d'assainissement qui se sont constituées en marge des cadres de l'université ont fourni à l'Afrique des pépinières exceptionnelles d'hommes de première valeur.

Le patrimoine social mis en place entre 1945 et 1960 n'est pas pour autant négligeable; il a contribué du reste à désarmer bien des rancœurs et bien des impatiences. Il faudrait citer ici en premier lieu l'équipement important réalisé par les premiers fonds d'investissements des pays d'Europe : hôpitaux de capitales et de chefs lieux, postes médicaux et dispensaires ruraux, services d'épidémiologie. La liste n'est d'ailleurs pas limitative, elle s'alourdit d'un grand nombre de centres d'enseignements. Elle comporte aussi des Instituts Pasteur et des Instituts de recherche médicale.

Si l'on veut bien se reporter aux bilans sanitaires et sociaux qui ont été dressés pour les dix ans qui ont précédé l'indépendance on constatera sans peine que, dans ce seul domaine de la santé, l'Europe a fait cent fois plus pour les pays africains et malgache au cours d'une décennie, que ce qui avait été réalisé précédemment au long de cinquante années de colonisation. L'événement le plus important a été sans doute l'édification, dans les pays africains et malgache,

(1) Le docteur Louis-Paul Aujoulat, ancien ministre de la Santé et ancien ministre de la France d'outre-mer, vécut longtemps en Afrique. Auteur de nombreux ouvrages sur les problèmes de santé en Afrique (voir notre rubrique « Bibliographie »), professeur, spécialiste mondialement connu, le Docteur Aujoulat est aussi, notamment, Inspecteur général des Affaires Sociales et Secrétaire général du Comité français d'éducation pour la santé.



d'un service de lutte contre les endémies dont l'efficacité et l'impact ont entraîné dans le minimum de temps des résultats littéralement miraculeux.

L'Organisation Mondiale de la Santé n'avait certes pas tort de publier à l'heure des indépendances un bulletin de santé de l'Afrique qui était déjà un ordre du jour de victoire : victoires encore limitées certes, encore à élargir et à compléter, mais qui constituaient déjà un magnifique palmarès pour ce contingent des grandes endémies entraîné dans une passionnante aventure à la suite des Jamot et des Muraz, des Girard et Robic, des Hemmereycks, « ces boyscouts de la médecine tropicale », comme les intitulait le Général Richet, à propos desquels le Gouverneur Cornut-Gentille, inaugurant le Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, se posait la question « Y eut-il jamais au monde plus petite armée qui remportât plus grand combat? »

Ce coup d'arrêt décisif aux fléaux meurtriers de l'Afrique séculaire, c'est dans les dix années de l'après-guerre qu'il se situe. Si nous savons bien ce qu'il doit aux découvertes de notre époque, nous ne pouvons pas oublier pour autant qu'il n'aurait pas eu lieu sans une stratégie nouvelle, elle-même rendue possible par un effort d'équipement sans précédent. Et encore convient-il de noter que les territoires d'Outre-Mer ont laissé s'achever les plans d'investissements sociaux sans dépenser plus de 50% des crédits sociaux que ceux-ci tenaient à leur disposition.

De leurs premières années d'apprentissage politico-économique et socio-culturel, les premiers Africains et Malgaches devenus représentants du peuple pouvaient au moins tirer un enseignement : c'est que la construction d'un pays et la promotion d'un peuple ne sont pas exclusivement tributaires de la masse de crédits disponibles ni des institutions qui permettent d'orienter leur utilisation. L'absence d'infrastructure jointe à la pénurie des techniciens constitue un très sérieux goulot d'étranglement. Ainsi, les impatiences les plus légitimes étaient-elles conduites à s'accommoder de la notion d'étapes inéluctables. Aussi bien la marche vers le développement économique et technique doit-elle compter avec le facteur humain. Les ressources humaines sont finalement plus longues à constituer et à mobiliser que les richesses matérielles. Elles supposent des instituts et des institutions dont les effets ne sont pas immédiats, mais dont la résonance peut franchir les années et les siècles.

LE POIDS D'UN HÉRITAGE

Lorsque survinrent les indépendances à partir de 1957, le style de développement choisi ou accepté par les jeunes Etats ne pouvait laisser aucun doute sur la profondeur de l'empreinte laissée par les colonisateurs ni sur la persistance des solidarités qui auraient pu se maintenir par delà la rupture des liens de subordination ou d'allégeance.



Dr. L-P Aujoulat

On pouvait aisément imaginer néanmoins avec quels délices les nouveaux responsables auraient à cœur de dégager sans attendre une philosophie nouvelle de leur développement. Les modèles présentés ou laissés par l'Occident ne pouvaient que se trouver peu à peu récusés, même si, pendant une période d'inévitable transition, il n'y avait pas d'autre solution que d'exploiter le patrimoine reçu en héritage.

En fait, le domaine de la santé, comme le secteur social, ne se sont pas trouvés durablement affectés par les tâtonnements politico-économiques des gouvernements africains devenus maîtres de leur destin. Les dix années qui viennent de s'écouler n'ont pu que renforcer le caractère impératif de certaines exigences : pas de développement dans la pauvreté ou l'inertie, pas de décollage sans coopération extérieure, pas de progrès sans effort personnel; le reste n'est que verbiage. Les options idéologiques sont affaire personnelle; elles comportent bien entendu des incidences sur le choix des moyens économiques, politiques et sociaux. Le développement peut s'accommoder de conceptions diverses : il n'est qu'un instrument et un aboutissement. Tout le problème est de le désirer résolument et de se plier à ses règles.

On a parlé à cet égard d'échec d'une décennie. N'est-ce pas aller trop vite dans le jugement? Une décennie, c'est bien court, surtout si on la replace dans ce contexte fragile et vulnérable de cette période post-coloniale d'indépendance à peine appréhendée et de coopération encore mal définie.

A l'inverse, des responsables un peu trop impatients ont dénoncé le sursis technique et culturel offert par les pays nantis aux nations jeunes à travers leur assistance, comme une commodité néfaste pour les élites locales : peut-être, en effet, la coopération est-elle capable de développer un complexe d'assisté qui serait l'antidote d'un élan dynamique vers une prise en charge voulue et assumée.

L'héritage laissé à l'Afrique par le colonisateur avait son prix : le renier ou le détruire eût été une folie. L'aide offerte après l'indépendance ne représentait pas un luxe même si elle se traduisait par quelques servitudes; ceux qui ont cru pouvoir s'en passer s'empressent de la revendiquer aujourd'hui. Il faut vivre et pour cela prospérer.

Vivre d'abord, philosopher ensuite : ce grand principe, les nations africaines l'ont fait leur depuis longtemps, quels que soient par ailleurs les choix qu'elles ont décidé d'opérer dans l'héritage qui est le leur.

Cet héritage, malheureusement, comporte un élément négatif dont le retentissement n'est pas prêt de s'éteindre et c'est la balkanisation. Réalisée dans une visée et pour un objectif politiques, elle a désormais atteint tous les domaines. Elle est désormais culturelle et sociale autant qu'économique et technique. Les fédérations d'autrefois auraient-elles survécu à la poussée des indépendances? C'est difficile à dire encore que les crises, pourtant graves mais victorieusement surmontées du Congo et du Nigéria, plaideraient plutôt en faveur de perspectives unitaires.

Ce qui est sûr désormais c'est que, dans l'ensemble de l'Afrique tropicale, ce ne sont plus seulement les groupements régionaux économiques ou techniques qui vont devenir difficiles. Les échanges de techniciens, c'est-à-dire la coopération technique inter-États, se heurtent à des impossibilités pratiques. La survivance des instituts culturels ou des établissements sociaux inter-États se trouve contrebattue par la création ou la revendication d'établissements nationaux.

Dieu veuille que toutes les formes de coopération conjuguées soient en mesure de répondre à la demande. Dans ce cas, l'évolution actuelle projetée à vingt ans de distance au sein d'une Afrique par hypothèse cent fois développée n'aura rien eu de scandaleux ni d'utopique.

On ne peut pas cependant, dans l'immédiat, ne pas s'interroger sur la nécessité véritable de ce prurit de créations nationales couvrant tous les domaines. Mais, en même temps, il faut aller jusqu'au bout et reconnaître que ce processus est dans la logique d'une balkanisation politique

et qui devait tôt ou tard être poussée dans tous ces prolongements. Tant pis, en définitive, si la multiplication des créations nationales met en danger de mort des institutions inter-États qui ne seront pas réellement remplacées de si tôt. Nous sommes devant un processus qui n'est pas seulement inéluctable, mais à la lettre inattaquable. Au nom de quoi voudrions-nous faire grief à un état de vouloir meubler aussi largement que possible l'édifice national qu'il construit. Pourvu qu'il en ait ou qu'on lui donne les moyens, le problème est devenu son problème. Les exigences, si facilement brandies de la solidarité africaine, peuvent être transposées sur d'autres plans. Et il n'y a, en fin de compte, que les nations décidément trop pauvres pour demeurer en marge de cette course dont il faudra bien s'inquiéter.

Les cadres et les options d'une politique de développement social

La preuve est faite, nous l'avons vu, que les pays africains et malgache sont résolus à se libérer des contraintes d'un certain héritage politico-culturel pour devenir eux-mêmes. Ils aimeraient bien réinventer un style de développement qui leur soit propre en cessant de copier des modèles conçus hors de chez eux et pour des fins qui ne sont pas toujours les leurs. La première exigence d'une telle orientation trouve une application immédiate et impérative au niveau de la formation des futurs cadres administratifs et techniques de ce développement repensé et réorienté. Non seulement il s'impose de les former sur place pour l'essentiel, mais il s'agit encore de les éduquer autrement selon des programmes et des orientations de type différent.

Les facultés doivent-elles rester des facultés de type abstrait conduisant d'abord à une culture et un diplôme dans une discipline assez vaste sinon assez vague pour laisser place ensuite à des orientations professionnelles diverses entre lesquelles il faut choisir? Ne faut-il pas d'emblée, pour les besoins de pays neufs, les brancher directement sur les exigences immédiates et techniques du développement?

Concrètement, serait-il logique de continuer à former d'une manière exclusive des cliniciens individualistes, férus de colloques singuliers et de structures libérales, pour des contrées où la santé doit être assumée globalement par un service public et où la prévention conserve, et pour longtemps encore, une primauté absolue.

D'où les formules nouvelles des centres universitaires des sciences de santé dont le Cameroun a donné le signal et dont la raison d'être est qu'ils se veulent, par leurs programmes comme par les exigences et les intégrations qu'ils



réalisent, directement adaptés aux besoins. Après tout, nos vieilles écoles africaines et malgaches de médecine, étaient elles autre chose, niveau universitaire en moins, qu'une adaptation réussie aux besoins médicaux du milieu pour une époque donnée?

Ces options courageuses que nous saluons ici à propos des médecins et plus généralement des techniciens de la santé, valent tout autant et peut-être plus encore pour les travailleurs sociaux. Les spécialistes d'autrefois — qui sont encore ceux d'aujourd'hui — ont pu faire des merveilles en s'attaquant aux déséquilibres sociaux des bidonvilles ou de milieux paysans, quelque peu disloqués. Dévouement per-

sonnel, trésors d'initiative et d'invention appliqués au concret, débrouillardise obligatoire compensaient l'insuffisance ou l'inadaptation du bagage professionnel acquis à l'extérieur. Là encore, ce n'est pas seulement de climat, c'est d'âme qu'il faut changer. Des assistants sociaux ou des éducateurs sociaux africains doivent être façonnés dans le concret des problèmes quotidiens qu'ils auront à résoudre au long de leur carrière. La formation si pleine que peut offrir un établissement aussi parfait que d'anciens Instituts de France, de Belgique, d'Angleterre ou d'Allemagne, grâce à la mise au point de programmes adaptés et plus encore à l'existence d'un large esprit d'adaptation, se révèle des plus utiles pour le perfectionnement de techniciens déjà chevronnés ou l'édification de cadres. Elle ne saurait se substituer aux formations locales pour la préparation des praticiens.

LES EXIGENCES CONTRADICTIONNELLES DU DROIT A LA SANTÉ

En matière de santé, l'Afrique se croyait désormais assurée de ses orientations pour l'an 2000. Tout a été dit en effet sur l'équilibre nécessaire entre la ville et le monde rural, entre un système de santé concentré et un système dispersé, entre la prévention et le soin, entre la prévention et le soin, entre le dispositif mobile et les services de base, entre les spécialistes et les généralistes, entre la santé publique et certaines survivances de médecine libérale, voire entre les codes civils et les effectifs militaires.

Il apparaît malheureusement que dans bien des pays le débat reste ouvert. Autre chose est de se résigner à telle forme d'action parce qu'il n'y en a pas d'autre dans le cadre de moyens étriqués. Autre chose de choisir une politique de santé pour elle-même parce que la mieux adaptée et aux besoins et aux moyens.

Théoriquement le droit à la santé comporte à la fois un vaste réseau d'hôpitaux hautement spécialisés, un quadrillage de centres de santé, des instituts de réadaptation et de réhabilitation, un écran protecteur contre les maladies transmissibles, un médecin disponible au niveau de chaque village, des organes de recherche, etc.

Dans la pratique, malheureusement, faute de pouvoir tout créer et tout exploiter en même temps, il y a des hiérarchies d'urgence et des gradations de priorité qui déjà en elles-mêmes, conduisent à une option entre tel ou tel système de santé. Ce choix qui est du ressort exclusif des gouvernements n'est pas commode; il repose sur des sacrifices et des renoncements. Est-il dès lors bien nécessaire que des théoriciens de la santé, généralement étrangers à l'Afrique viennent encore contribuer à aggraver la situation en introduisant dans le débat la pesanteur de leurs doctrines et surtout les échecs de leurs divergences.

On trouve d'un côté ceux qui apportent dans la balance avec les résultats d'une longue expérience, le poids de leur succès acquis au meilleur prix avec le minimum d'investissements. On trouve de l'autre les derniers venus de la médecine africaine, des experts chevronnés qui se sont souvent façonnés sur d'autres continents selon un style particulier et qui transposent leurs conceptions de santé publique à un milieu nouveau.

Les uns et les autres ont des raisons solides de croire à leurs méthodes sinon à leurs principes. Mais les uns et les autres devraient admettre au départ un postulat élémentaire, c'est la nécessité de se soumettre aux réalités vivantes : or, la réalité africaine n'est pas celle d'autres lieux; la réalité d'aujourd'hui n'est déjà plus celle d'hier.

Vouloir conserver coûte que coûte un système parce qu'il fait ses preuves à un moment donné et s'est acquis des titres de gloire que personne ne discute d'ailleurs, est une démarche vaine. Aucun système n'est une fin en lui-même : la dispersion des endémies évolue, les moyens de les conjurer en tout cas. C'est un motif suffisant pour ajuster le passé au présent.

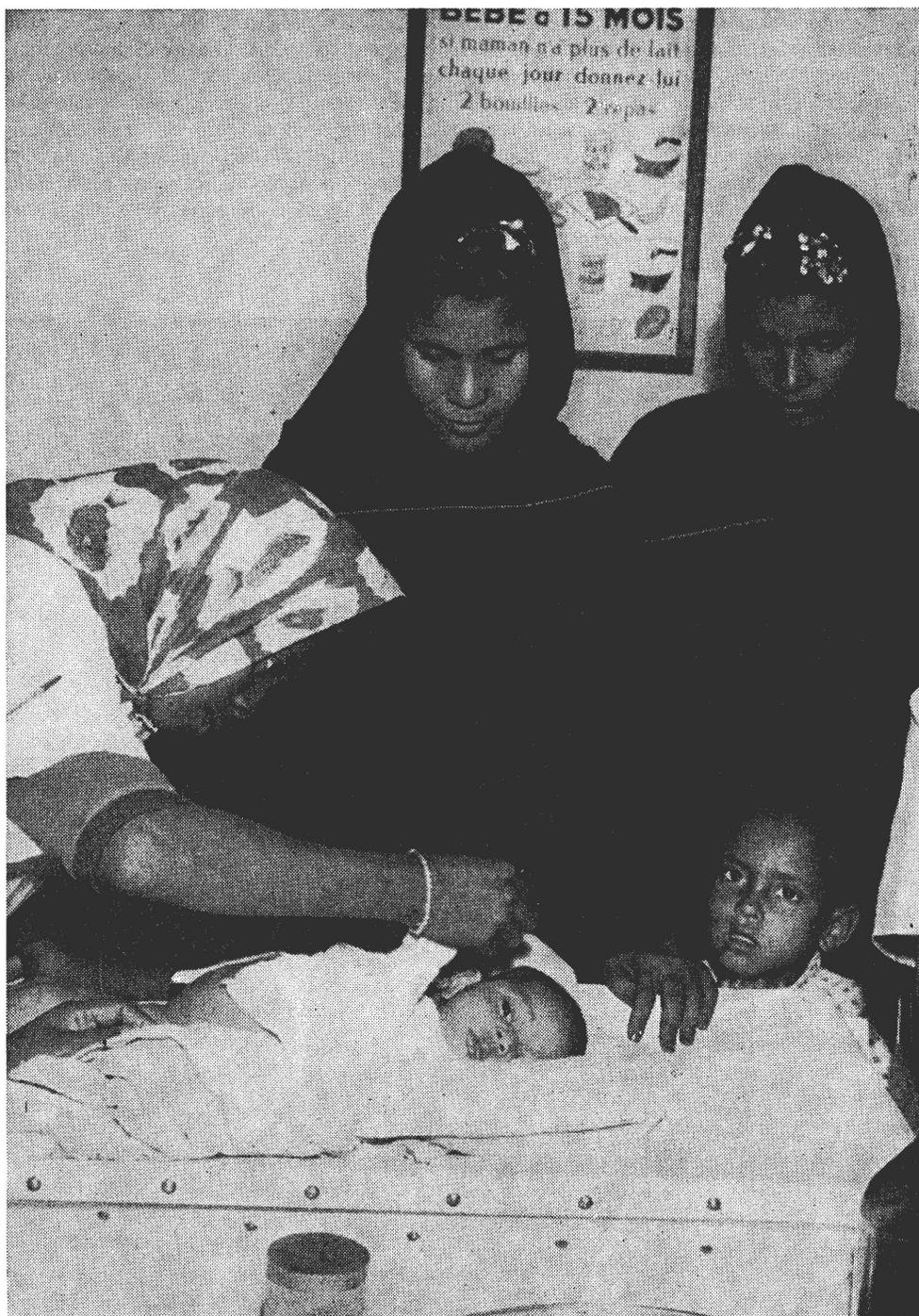
A l'inverse, il n'est pas moins nécessaire de se garder des théoriciens qui extrapolent trop facilement d'un continent à l'autre ou d'un système à l'autre. Leur rôle est stimulant et il pourrait être largement bienfaisant s'ils pouvaient accepter d'aller de temps à autre sur le terrain.

En attendant, ce sont les responsables africains qui doivent trancher et structurer, non sans savoir que le succès de leurs options est en partie lié à l'utilisation et à la bonne volonté, de concours extérieurs. L'issue finale leur restant imputable, on imagine sans combien est lourd, lourd de contradictions, le poids des responsabilités politiques.

L'économie et l'industrie paient d'ailleurs leur propre rançon au développement social. Et s'il est vrai que la croissance économique a besoin d'être contrôlée afin d'éviter qu'elle ne contrecarre ou étouffe le progrès social, elle peut aussi lui fournir le nerf de la guerre. Elle ne le secrète pas automatiquement, elle peut le rendre possible. Et l'on comprend cette réaction d'un économiste africain : « Industrialisation d'abord, faisons d'abord de la richesse; le reste nous viendra par surcroît ».



Prise de sang à l'Hôpital de Cotonou au Dahomey.



LA RANÇON DU SUCCES

Puisse-t-il avoir raison en dépit de tous les freins matériels ou sociaux qui bloquent le développement. Puisse-t-il surtout se souvenir que le succès lui-même de l'action sociale peut être générateur de problèmes nouveaux et de déséquilibres supplémentaires. Quel est le ministre des Affaires sociales qui voudrait ignorer aujourd'hui l'aventure redoutable dans laquelle s'est engagé le Tiers-Monde tout entier à travers une explosion démographique sans précédent. Pour de larges portions de l'Afrique, il est vrai, la

question n'est pas encore tragique. Les responsables peuvent se rassurer pour quelques temps encore en constatant qu'il ne s'agit nullement de surpopulation, mais simplement d'un rythme de croissance un peu rapide. Il n'empêche que les difficultés n'attendent pas le surpeuplement pour surgir; même avec des densités démographiques encore dérisoires, une pyramide des âges comportant 60% de moins de vingt ans soulève une nueé d'obstacles à surmonter : écoles, emplois, nourriture, promotion; autant de chapitres qui restent ouverts et qui posent des énigmes.

Centre de protection maternelle et infantile en Mauritanie.

Si les promoteurs du développement social pouvaient en toute sincérité se consacrer à cette tâche déjà énorme et en tout cas rentable, ils pourraient s'estimer satisfaits. Malheureusement, les mutations rapides du monde africain les obligent à déplacer les centres d'intérêt, les pôles de réalisations, les concentrations d'effectifs.

Ce sont d'abord les exigences impérieusement pressantes de l'urbanisation qui commandent des solutions urgentes : il ne s'agit pas seulement d'aménager des espaces à bâtir en fonction des nécessités de l'hygiène et des concentrations de collectivité; il s'agit de multiplier sans égard pour les besoins de la brousse, les créations médicales

et sociales sans lesquelles les masses urbaines iraient au désastre ou à la révolte. Quels que soient les principes d'équilibre admis et proclamés, la résignation est ici de mise. Même en matière de répartition des techniciens, la ville demeure en fait prioritaire. C'est la rançon de la concentration.

Mêmes exigences dès que surgit quelque part un point de cristallisation économique sous forme d'un complexe industriel si désiré ou même d'un chantier économique. Là, il n'est pas question de choix : il faut ou bien accepter de

payer par avance le prix médical et social d'une création technique appelée à engendrer la prospérité ou bien à menacer le succès. Si Fria a pu représenter, sous sa forme spécifiquement capitaliste, un succès indiscuté dans le cadre du contexte idéologique et humain qui contredit sa structure de base, c'est que ces problèmes délicats de la condition humaine des travailleurs et de la communauté avaient pu être réglés au préalable dans un climat de large compréhension.

LE PRIX SOCIAL DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET TECHNIQUE

Et encore, la santé peut-elle être considérée comme un domaine relativement privilégié. Même s'il est vrai que les transformations des structures de vie modifient l'équilibre sanitaire, elles ne remettent pas en question ses données de base. On peut passer sans peine de la médecine rurale à une médecine de grande ville ou à une médecine de zone industrielle. C'est une question de cadres et d'équipements.

Par contre, dans le domaine plus spécifiquement social, les axes de développement sont directement commandés par les déséquilibres et les ruptures nés des bouleversements technologiques et économiques. En droit et sur le plan du nombre, ce sont les masses rurales encore très largement majoritaires (trois quarts ou quatre cinquièmes de la population) qui devraient constituer le centre privilégié de la sollicitude médicale et sociale des gouvernements. En fait, à leur niveau il n'est que de conjurer des périls qui sont précis : endémies, malnutrition, mortalité infantile, misères courantes. Des équipes mobiles pourront couvrir régulièrement des secteurs établis selon un quadrillage rationnel, des services de base à double détente sanitaire et sociale représentant

l'essentiel de ce qu'il faut envisager pour couvrir les besoins au moins élémentaires.

Pour peu que des animateurs ruraux puissent assumer leur tâche socio-économique et par-dessus tout éducative au niveau de tous les points névralgiques, chaque secteur peut alors se flatter de disposer d'un minimum de couverture sociale. Non pas bien sûr pour satisfaire toutes les aspirations de la population rurale, mais tout au moins pour lui permettre d'attendre et d'espérer des jours meilleurs.

Et comme si la masse quantitative de ce problème démographique ne se suffisait pas à elle-même, voici que l'évolution sociale — essentiellement le phénomène urbain — y ajoutait des prolongements qualitatifs que ces pays auraient préféré projeter vers un avenir plus lointain. L'inadaptation se constate désormais dans les milieux urbanisés : physique ou mentale, elle ne peut plus être si facilement qu'autrefois noyée dans la sollicitude affectueuse d'une communauté familiale restée intacte. Dès à présent, des établissements spécialisés sont requis : pour l'heure, ils font figure de luxe dans des pays qui ont déjà tant de peine à satisfaire l'enfance normale.

Demain, dans les grandes villes, ce sont les adultes infirmes ou les personnes âgées qui vont se trouver abandonnés dans l'anonymat d'agglomérations sans âme. L'heure viendra fatalement des maisons adaptées qui coûtent cher et supposent une plate-forme de sécurité sociale ou d'assistance onéreuse.

C'est le mérite et c'est le drame des responsables du développement sanitaire et social que de devoir dès maintenant — et sans avoir de quoi résoudre pleinement les problèmes d'aujourd'hui — poser déjà ceux de demain.

Louis-Paul AUJOLAT



II. — Santé et architecture

par M. N. RUSSO

La santé des hommes. Bien entendu la santé en tant que contraire de la maladie qui entraîne la souffrance ou la mort; car d'autres morts, que nous rencontrons tous les jours, sur les routes par exemple ne sont pas la mort, elles ne nous effrayent pas, elles ne nous concernent pas.

La santé des hommes. Cette idée qui est alimentée par l'étrange philosophie qui commande notre vie intérieure et fait en sorte que nous ne nous sentions apaisés que lorsque nous avons à proximité les instruments pour combattre la souffrance et la mort dont la science et les techniques médicales ont su nous doter.

La santé des hommes. Cette idée qui, il y a à peine quelques décennies, était encore liée aux domaines de la morale et de l'éthique et dont les structures trouvaient leurs ressources principalement auprès de la charité publique ou privée.

Elle est devenue aujourd'hui un chapitre important du budget des Etats et un lien de plus en plus étroit s'est établi entre elle et l'idée de l'économie, bien que ce lien puisse encore faire l'objet de réticence et de scepticisme.

Il peut en effet apparaître que les soins médicaux, étant de par leur nature des besoins qui relèvent de l'aspiration des populations au bien-être et à l'égalité des chances, appartiennent à une catégorie de biens ou de services difficilement quantifiable et donc apparemment étrangère au domaine de l'économie. Mais au cours de ces dernières années le devoir de prêter des soins médicaux, de moral qu'il était, a vu son essence évoluer, si bien que les structures dispensatrices de ces soins en ont été profondément changées. C'est ainsi que la tendance actuelle de la législation et des différentes formes d'organisation sociale consiste à étendre les systèmes de compensation des risques de santé et à mettre en place la distribution gratuite des soins par la prise en charge des dépenses médicales de la part des pouvoirs publics. Ce changement d'origines des ressources, combiné

avec l'accroissement constant des dépenses de santé impose de considérer ce phénomène dans le cadre de l'économie; ceci étant, bien entendu, plus ou moins avancé suivant les possibilités consenties par les budgets nationaux qui se doivent de garder un équilibre entre les dépenses au profit de la santé et celles destinées aux autres domaines de l'action collective.

Le glissement des dépenses pour la santé publique, du domaine de la bienfaisance vers celui des économies nationales, a élargi les horizons; et les études qui en résultent, combinées avec l'efficacité croissante des techniques et des technologies médicales, ont fixé l'attention sur les effets bénéfiques de la prévention de la maladie.

L'évidence de l'économie qui peut résulter du bon « entretien » de la santé des populations doit porter les responsables nationaux à développer les actions préventives par une information continue et capillaire dans les domaines de la santé et de l'hygiène; il ne faut pas laisser à l'affection le temps d'atteindre un état d'acuité qui pourrait demander l'internement du malade et, pire encore, le recours à des thérapies coûteuses ou à l'intervention chirurgicale. Dans de tels cas, le patient qui doit être hospitalisé, devient pendant un certain temps un élément improductif de la société laquelle, pour assurer sa survie, immobilisera auprès de lui des médecins, des infirmiers et des équipements médicaux extrêmement coûteux.

Si l'on place la santé au niveau d'un phénomène économique on est aussi obligé de trouver les moyens pour organiser ce phénomène dans le but de rendre efficaces ses interventions, d'éviter l'emploi abusif et désordonné des ressources disponibles, de coordonner l'action des « facteurs de production » pour atteindre le meilleur résultat possible avec les moyens mobilisables.

L'architecture peut s'appliquer à cette tâche d'organisation. C'est à elle qu'on peut faire recours chaque

Nous devons inventer de nouvelles formules...

déclare M. J.-F. Deniau à Londres

M. Jean-François Deniau, membre de la Commission européenne chargé de l'aide au développement, a préconisé le 3 juillet à Londres l'introduction de nouvelles procédures semblables à celles en vigueur en faveur des pays du Commonwealth exportateurs de sucre en vue d'augmenter les revenus des exportations des pays sous-développés.

« Nous devons inventer de nouvelles formules pour renverser la tendance actuelle et donner une plus grande part du gâteau du commerce mondial à ces pays », a-t-il dit au cours d'un déjeuner à la Chambre des Communes britannique auquel assistaient les hauts commissaires à Londres des pays membres du Commonwealth, des parlementaires et des experts économiques.

La Communauté européenne élargie sera, à sa naissance officielle — prévue en janvier prochain —, le plus grand importateur mondial de matières premières et aura donc une responsabilité spéciale à l'égard des pays moins développés dont la balance commerciale a dégringolé depuis 1960, a ajouté M. Deniau.

VISITE DE M. J.-F. DENIAU EN SOMALIE, À MADAGASCAR ET AU GABON

M. J.-F. Deniau a effectué une visite officielle en Somalie du 24 au 28 juillet dernier et à Madagascar du 29 juillet au 2 août. M. Deniau s'est également rendu au Gabon du 15 au 20 août à l'invitation du gouvernement de Libreville.

Conseil

PAYS DE LA MÉDITERRANÉE

Le Conseil, lors de sa 201^e session, a procédé à un large échange de vues sur les problèmes que pose l'adaptation, en raison de l'élargissement de la Communauté, des accords conclus avec divers pays de la Méditerranée.

Le Conseil a invité la Commission à élaborer, à la lumière des débats de ce jour, une proposition d'ensemble en vue de lui permettre d'en délibérer lors de sa session du mois d'octobre prochain.

PRÉFÉRENCES GÉNÉRALISÉES

Le Conseil a, en outre, confirmé son accord en ce qui concerne l'extension, à partir du 1^{er} janvier 1973, des préférences généralisées aux pays suivants : Cuba, Bhoutan et Fidji, Bengla-Desh, Bahrein et Qatar, Ras-al-Khaimah et les États du Golfe Persique, Oman, Sikkim, Nauru, Samoa occidentale et Tonga.

En ce qui concerne un certain nombre de pays riverains de la Méditerranée qui avaient demandé l'extension en leur faveur des préférences, le Conseil a estimé que ces questions pourront être plus utilement examinées en même temps que la proposition que la Commission a été invitée à présenter

pour le mois d'octobre en vue de la définition d'une politique d'ensemble à l'égard de ces pays.

Il est par conséquent convenu de reporter son débat relatif aux demandes avancées par ces pays, y compris la Roumanie, à sa session du mois d'octobre.

F. E. D.

A la suite de l'avis favorable émis par le Comité du Fonds Européen de Développement (F.E.D.) dans sa 69^e réunion, la Commission a pris 6 nouvelles décisions de financement sur les aides non remboursables du 3^e F.E.D., pour un montant de 16 234 000 U.C.

1. **Traversée de la rivière Cayenne en Guyane Française** : 14 350 000 FF équivalant à environ 2 584 000 U.C.
2. **Aménagement des plaines de Morovay (rive gauche) en République Malgache** : 490 000 000 F-CFA équivalant à environ 1 764 000 U.C.
3. **Restructuration du réseau routier de la région Kossou-Bandama en République de Côte-d'Ivoire** : 1 100 000 000 F-CFA équivalant à environ 3 961 000 U.C.

4. **Bitumage du tronçon Koupéla-Nianguédi de l'axe Ouagadougou-Lomé en République de Haute-Volta** : 1 810 000 000 F-CFA équivalant à environ 6 518 000 U.C.
5. **Financement complémentaire pour l'achèvement du centre régional de santé à Mopti en République du Mali** : 203 750 000 F-ML équivalant à environ 367 000 U.C.
6. **Études routières tronçons Golu/Gelib et Berbera/Burao en République démocratique Somalienne** : 7 820 000 Shillings So équivalant à environ 1 040 000 U.C.

A la suite de l'avis favorable émis par le Comité du Fonds Européen de Développement (F.E.D.) dans sa 70^{me} réunion, tenue le 27 juin 1972, la Commission a pris, le 7 juillet 1972, 7 nouvelles décisions de financement sur les aides non remboursables du 3^{me} F.E.D. pour un montant de 12 660 000 U.C., et une sur les aides non remboursables du 2^{me} F.E.D. dont le montant s'élève à 1 643 000 U.C.

2 F. E. D.

1. **Route de désenclavement de la Côte sous le Vent à la Guadeloupe** : 9 125 000 FF équivalant à environ 1 643 000 U.C.

3 F. E. D.

2. **Adduction d'eau de Moroni en Territoire des Comores :** 445 000 000 F-CFA équivalant à environ 1 602 000 U.C.
3. **Matériel routier pour le Territoire des Iles Wallis et Futuna :** 31 810 600 F-CFA équivalant à environ 315 000 U.C.
4. **Route de dégagement ouest de Papeete en Territoire de la Polynésie française :** 272 000 000 F-CFP équivalant à environ 2 693 000 U.C.
5. **Aménagement complémentaire du Môle Sud du port de Djibouti en Territoire français des Afars et Issas :** 88 000 000 F Djibouti équivalant à environ 410 000 U.C.
6. **Études techniques du tronçon routier Ouagadougou-Koudougou (100 km) en République-Haute-Volta :** 55 000 000 F-CFA équivalent à environ 198 000 U.C.
7. **Extension de la culture du thé en petites exploitations et assistance à l'organisation nationale de développement de la théiculture (ONDT) en République Rwandaise :** 730 000 000 F.RW équivalent à environ 7 300 000 U.C.
8. **Financement complémentaire pour l'aménagement de la route Murumvya-Gitega en République du Burundi :** 13 500 000 F-BU équivalant à environ 142 000 U.C.

**

A la suite de l'avis favorable émis par le Comité du Fonds Européen de Développement (F.E.D.) dans ses 68^e et 71^e réunion, tenues respectivement les 2 mai et 13 juillet 1972, la Commission des Communautés Européennes a pris le 26 juillet 1972, 11 nouvelles décisions de financement sur les aides non-remboursables du 3^e F.E.D. pour un montant de 47 371 000 unités de compte.

1. **Programme pluriannuel de bourses de 1972 à 1975 pour l'ensemble des EAMA :** 29 937 000 U.C.
2. **Programme pluriannuel de bourses de 1972 à 1975 pour les pays, territoires et départements d'outre-mer (PTOM, DOM) associés à la C.E.E. :** 978 000 U.C.
3. **Envoi d'un instructeur relevant de l'enseignement en République de Côte-d'Ivoire :** 19 551 000 F-CFA équivalant à environ 70 000 U.C.
4. **Opération de productivité rizicole (phase finale) en République Malgache :** 1 710 millions F-MG équivalant à environ 6 158 000 U.C.

5. **Opération café Côte Est en République Malgache :** 440,7 millions F-MG équivalant à environ 1 587 000 U.C.
6. **Station de palettisation à l'aéroport de Niamey en République du Niger :** 70 000 000 F-CFA équivalant à environ 252 000 U.C.
7. **Aménagement de la route Moundou-Koutou-aérodrome en République du Tchad :** 170 millions de F-CFA équivalant à environ 612 000 U.C.
8. **Programme intégré de développement de la zone cotonnière en République Centrafricaine :** 1 332 500 000 F-CFA équivalant à environ 4 798 000 U.C.
9. **Financement complémentaire pour l'adduction d'eau des villes de Bouar et de Bambari en République Centrafricaine :** 169 751 000 F-CFA équivalant à 611 253 U.C.
10. **Assistance technique et usine de thé pour la plantation de Tora, extension de la plantation en République du Burundi :** 100 742 000 FBU équivalant à environ 1 060 000 U.C.
11. **Fermes d'élevage bovin dans la vallée du Niari (2^e phase) en République populaire du Congo :** 363 240 000 F-CFA équivalant à environ 1 308 000 U.C.

**

A la suite des décisions de financement qui viennent d'être prises, le total des engagements du 3^e Fonds Européen de Développement s'élève à 395 886 000 U.C. pour 148 décisions de financement.

**

En outre, deux prêts à conditions spéciales viennent d'être conclus le 11 juillet 1972 :

1. La Commission des Communautés Européennes et la Banque Européenne d'Investissement, en qualité de mandataire de la Communauté Economique Européenne, chargée de la gestion du prêt ont conclu le 11 juillet 1972 avec l'Agence Transcongolaise des Communications (A.T.C.), établissement public à caractère industriel et commercial de la République Populaire du Congo un contrat pour l'octroi d'un prêt à conditions spéciales d'une contre-valeur de 2,052 millions d'unités de compte (environ 570 millions de francs CFA).

Le prêt est destiné au financement de deux projets d'investissement de l'A.T.C. :

- l'un visant à accroître les capacités de stockage et de manutention du

port de Brazzaville (U.C. 1 080 000; F-CFA 300 millions);
- l'autre concernant l'acquisition pour le Port de Pointe-Noire d'un remorqueur de haute mer d'une puissance de 1 000 cv (U.C. 972 000; F-CFA 270 millions).

Ces projets ont pour but de permettre à l'A.T.C. de faire face à la hausse très sensible du trafic enregistré au cours des dernières années sur l'ensemble des voies de communications, ainsi qu'à l'accroissement attendu pour la prochaine décennie du fait notamment de la mise en exploitation de nouvelles zones forestières dans l'intérieur du pays et dans les États limitrophes.

Le prêt à conditions spéciales est accordé sur les ressources du 3^e Fonds Européen de Développement pour une durée de 17 ans dont 2 ans de franchise; il portera intérêt au taux annuel de 1%.

2. La Commission des Communautés européennes et la Banque européenne d'investissement, en qualité de mandataire de la Communauté économique européenne, chargée de la gestion du prêt ont conclu le 11 juillet 1972 avec l'Office des Postes et Télécommunications établissement public à caractère industriel et commercial de la République du Gabon, un contrat pour l'octroi d'un prêt à conditions spéciales d'une contre-valeur de 756 000 unités de compte (environ 210 millions de francs CFA).

Le prêt est destiné au financement d'une liaison de communications téléphoniques et télégraphiques par faisceaux hertziens entre Mouila et la région minière de Moanda et Franceville. Les équipements prévus permettront la mise en service de 6 voies téléphoniques et de 4 voies télégraphiques qui seront rattachées à Mouila au réseau existant entre Libreville, capitale du Gabon, et Brazzaville, capitale de la République Populaire du Congo. Ainsi seront assurées des liaisons rapides et sûres entre les réseaux de la région minière du Gabon avec la capitale, d'une part, et, d'autre part, avec le port de Pointe Noire en République Populaire du Congo par lequel est exporté le manganèse gabonais exploité dans la région de Franceville.

Le coût du projet s'élève à 900 000 unités de compte (250 millions de F-CFA).

Le prêt à conditions spéciales est accordé sur les ressources du 3^e Fonds Européen de Développement pour une durée de 15 ans, dont 3 ans de franchise; il portera intérêt à un taux annuel de 3%.

PREMIÈRE PRISE DE PARTICIPATION

Le 26 juin 1972, la Commission des Communautés Européennes a approuvé sur les ressources du 3^e Fonds Européen de Développement un montant de 275 000 000 F-CFA équivalant à 990 243 U.C. sous forme d'une prise de participation au capital de la société **UTEXI**, (Union industrielle textile de Côte-d'Ivoire) ainsi qu'une bonification d'intérêt (3%) à taux forfaitaire à appliquer à un prêt ordinaire de la B.E.I., dont l'octroi a été consenti le 28 avril 1972 après avoir reçu au préalable l'avis favorable de la Commission. Le montant de la bonification accordée à l'intérêt de ce prêt, au titre des aides non remboursables, s'élève à 612 220 U.C. Au cours de sa 69^e réunion, tenue les 23 et 24 mai 1972, le Comité du F.E.D. a émis un avis favorable sur ces financements, dont le montant cumulé se chiffre à 1 602 463 U.C.

Le projet a pour but de créer à Dimbokro, ville de 25 000 habitants, située à 180 km au nord d'Abidjan, capitale de la Côte d'Ivoire, une **usine de filature-tissage**, dont la capacité annuelle sera de 4 500 t de tissus écrus. La capacité de l'usine sera portée ultérieurement à 12 500 t en deux tranches successives de 4 000 t.

Ce projet conforme aux objectifs fixés dans la 2^e Convention de Yaoundé, se rapportant au développement économique et social des E.A.M.A. et notamment à la promotion des industries dans ces pays, s'inscrit dans le plan quinquennal de 1971 à 1975 de la Côte-d'Ivoire qui vise à la fois à la réduction des disparités régionales et au développement du secteur industriel.

La réalisation du projet, avec la création de 1200 nouveaux emplois, freinera du moins en partie l'exode actuel vers Abidjan qui se manifeste dans cette région exclusivement agricole, se traduira également par une augmentation de près de 2,8 millions U.C. du solde créditeur de la balance commerciale ivoirienne.

Comité d'association C.E.E. - E.A.M.A.

Le comité d'association C.E.E.-E.A.M.A. s'est réuni à Bruxelles le 30 juin dernier sous la présidence conjointe de M. l'Ambassadeur de Mauritanie et du Représentant permanent du Luxembourg.

— Le premier point examiné à l'ordre du jour était relatif à l'admission des représentants de l'île Maurice en qualité d'observateurs aux réunions du Conseil d'Association, du Comité d'Association et des groupes de travail créés par celui-ci.

Dans l'attente de l'adoption par le Conseil d'Association d'une résolution formelle à cet égard, les délégations des Six et des Dix-huit marquent leur accord quant à la participation, en tant qu'observateurs, de l'île Maurice dès la présente réunion du Comité d'Association.

— Le deuxième point examiné avait trait aux préférences généralisées en faveur des pays en voie de développement. La Communauté examine actuellement la possibilité de pratiquer certaines modifications des droits de douane en ce qui concerne les bois plaqués et contre-plaqués. D'autre part, il existe une orientation commune du Conseil de la Communauté pour une extension des préférences généralisées à d'autres P.V.D. Les E.A.M.A. ont demandé à être prévenu des offres que pourrait faire la Communauté en ce sens.

— Le Comité d'association a également pris connaissance de l'état des négociations avec les états de l'A.E.L.E. non candidats à l'adhésion (Autriche, Finlande, Islande, Portugal, Suède, Suisse). La délégation de la Communauté a assuré les E.A.M.A. qu'en ce qui concerne les bois plaqués et contre-plaqués une surveillance stricte est observée dans le cadre des accords à passer avec ces pays. Les E.A.M.A. ont en outre demandé à la Communauté d'être attentive à l'importation des fruits et légumes importés par les pays de l'A.E.L.E. susmentionnés. Les délégations ont enfin marqué leur accord de principe pour que la réunion du prochain Conseil d'Association ait lieu en principe dans la première quinzaine d'octobre.

Échos de la 3^e C.N.U.C.E.D.

A l'invitation du Cercle royal africain et de l'outre-mer le 29 juin à Bruxelles, M. S. D. Sylla, secrétaire du Conseil de coordination des E.A.M.A. et M. l'Ambassadeur Van Bilsen ont parlé de la 3^e C.N.U.C.E.D. à laquelle tous deux ont assisté.

M. Sylla a affirmé que, pour les pays pauvres, la conférence de Santiago a élargi le fossé d'incompréhension entre ceux pour qui le commerce international n'est qu'une frange de leur économie et ceux pour lesquels il est essentiel. M. Sylla a encore contesté le rôle du GATT et du Fonds monétaire international, demandant qu'on trouve une formule plus dynamique pour associer les pays pauvres à la prise des décisions fondamentales et insistant d'autre part pour que l'on tienne compte des situations particulières de certains pays de certains continents. Avant de conclure, M. Sylla a fait

l'éloge du système de relation mis en place entre l'Europe des Six et les E.A.M.A.

Pour M. Van Bilsen, l'Europe a fait bonne figure à Santiago malgré ses « déchirements voyants ». Il pense, comme M. Sylla que, dans les années à venir, l'Europe des Dix ne pourra pas échapper à sa vocation de principal partenaire des pays en voie de développement. A cet égard les quatre candidats ont eu à la C.N.U.C.E.D. une attitude très loyale, contribuant à augmenter le prestige de l'Europe élargie.

Jeux Olympiques 1972

L'AFRIQUE A-T-ELLE DES CHANCES?

Le 26 août 1972, le porteur de la flamme olympique est arrivé à Munich pour l'ouverture des jeux. Quels sont, cette année, les chances de l'Afrique?

Douze médailles, dont cinq d'or, avait été gagnées par les athlètes africains aux jeux olympiques de Mexico en octobre 1968. L'athlétisme est, en effet, le sport où les africains avaient remportés le plus de succès, avec la boxe (2 médailles d'argent et deux de bronze). En ce qui concerne l'athlétisme, les athlètes africains auxquels les spécialistes s'accordent à reconnaître le plus de chances sont généralement les suivants :

- 100 mètres : le malgache Jean-Louis Ravelomanantsoa, un des meilleurs partants du monde et qui, en 1971, réalisa 10", meilleur performance de l'année.
- 200 mètres : le ghanéen George Daniels.
- 100 et 200 mètres féminins : la ghanéenne Alice Annum.
- 400 mètres : le kenyan Julius Sang.
- 400 mètres haies : l'ougandais John Akii-Bua.
- 800 mètres : Thomas Saisi et Robert Ouko, tous les deux du Kenya.
- 1500 mètres et 5000 mètres : Kipchoge Keino et Ben Jipcho, les deux coureurs les plus connus du Kenya.
- 3000 mètres steeple : Ben Jipcho, qui gagna cette course avec un excellent temps aux épreuves pré-olympiques de Munich en septembre 1971, malgré deux chutes!
- 10 000 mètres : l'éthiopien Miruts Yifter et Naftali Temu du Kenya.
- marathon : Mamo Wolde, malgré ses quarante ans et Mohamed Gammoudi, vainqueur du 5000 mètres à Mexico.

Ce jeu se sont donnés un fétiche : un petit teckel allemand, nommé Waldi. Puisse-t-il être favorable à l'Afrique!

Courier des lecteurs

Cette correspondance qui semble manifester l'intérêt porté à notre revue et son audience croissante constitue un lien précieusement avec nos lecteurs et une amorce de dialogue avec eux.

C'est ainsi que M. J-Henri Randriamanantena, professeur à l'I.N.T.P. à Tananarive nous a adressé récemment les **remarques** suivantes :

« J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article sur « le progrès des transports et le développement » paru dans votre Editorial (**Courrier** n° 13 de mai-juin 1972). Sans doute conviendrait-il simplement de souligner combien l'infrastructure des transports conditionne véritablement le développement dans les E.A.M.A. en particulier et dans les pays du Tiers-Monde en général.

D'abord, les voies de communication (route, fer) relient entre eux les « pôles de croissance » qui tendent à se créer aujourd'hui dans la plupart des pays en voie de développement, facilitent ainsi la distribution inter-régionale des biens et services. N'a-t-on pas en effet rencontré des régions productrices isolées du reste du pays, et qui, du fait du coût élevé du transport (transport aérien parfois) étaient obligées d'écouler leurs produits sur le marché intérieur à des prix prohibitifs, supérieurs à ceux des biens d'importation similaires !

Ensuite, les voies de communication créent des effets d'entraînement indéniables (marchés, peuplement) surtout aux carrefours et grandes artères de communication (on sait à ce sujet combien les chemins de fer ont contribué dans le temps, au peuplement de l'Ouest des États-Unis d'Amérique).

Il apparaît que compte tenu de ce rôle primordial joué par l'infrastructure des transports, presque la seule susceptible de réformer les structures artificielles et inadaptées de « l'économie rapportée » d'antan, l'on ne doit plus hésiter à investir dans ce domaine malgré les dépenses énormes d'investissement que cela représente pour les E.A.M.A., dépenses dont les raisons de leur ampleur ont été si bien exposées dans votre article précité ».

Il semble aussi que notre revue puisse constituer pour des étudiants une **source de documentation**, ainsi que nous l'écrivit M. Ernest Munzadi, professeur d'Université au Zaïre :

« Depuis quelques mois et sans la moindre publicité de ma part, j'ai constaté que les étudiants de la Faculté des Sciences économiques et

sociales lisaient, avec avidité « Le Courier de l'Association ». Certains y ont même trouvé une source de documentation pour la rédaction de leur mémoire de fin d'études.

Pourriez-vous envoyer à la Bibliothèque de la Faculté des Sciences économiques et sociales un abonnement du « Courier de l'Association » ? Je parie qu'il figurera parmi les revues les plus lues ».

D'autres lecteurs, comme M. Oriol, Conseiller technique à la Présidence de la République du Tchad, nous propose des **échanges de publications**, ce que nous acceptons avec plaisir.

Certains lecteurs se félicitent de la **régularité de la diffusion du Courier**, comme M. Edmond Adou Kouadia de Côte-d'Ivoire :

« Je profite de la réception de mon n° 13 de 1972 du Courier, pour vous dire un grand merci. Merci pour la régularité avec laquelle ce document me parvient; merci de l'apport substantiel de connaissances sur les problèmes d'actualité de l'Afrique et de Madagascar; merci aussi et surtout pour votre courage et votre dynamisme qui font de vous un correspondant de classe exceptionnelle car, franchement, c'est la première fois depuis 1963 — je l'avoue — que je vous accuse réception de mon pli, mais vous n'avez cessé de me le faire parvenir régulièrement; voilà pourquoi je vous dis merci. Voudriez-vous être mon messager auprès de vos collaborateurs pour leur transmettre les marques d'encouragements que je leur adresse et, à tous vos lecteurs, mon salut très fraternel ».

Par contre, M. Ayikoe Oswald Ajavon, directeur d'un service d'édition, de presse et de publicité au Togo, souligne, avec humour, **certaines retards dans la diffusion du Courier en Afrique** :

« Je viens de recevoir le n° 13 (mai-juin 1972) du « Courier de l'Association ». Habituellement je le recevais deux mois après la sortie. Mais cette fois, je l'ai reçu exactement 2 jours après l'affranchissement; en effet le cachet de la poste indique la date du 15 mai. Permettez-moi de vous adresser mes félicitations pour ce que je peu déjà considérer comme un record. S'agissant d'ailleurs d'un numéro consacré aux problèmes de transports, la coïncidence est remarquable.

Permettez-moi également de vous féliciter pour le contenu du Courier qui est de plus en plus diversifié et intéressant ».

Dans d'autres cas, il s'agit d'anciens stagiaires qui nous écrivent, comme M. Roland de Munck, expert du Bureau International du Travail en Côte-d'Ivoire, pour nous demander à être abonné et comme M. Jean-Baptiste Assiga-Ahanda, sous-directeur des programmes et projets au Ministère du plan et de l'aménagement du Territoire au Cameroun, pour nous « **proposer de temps en temps un article dans le cadre de ses activités** ». Nous ne saurions trop dire combien nous acceptons avec joie des articles pour cette revue qui est la vôtre, surtout si ces articles proviennent de nos lecteurs africains, qui constituent l'immense majorité des destinataires du « Courier de l'Association », et sont donc susceptibles d'être publiés dans la rubrique « Voix d'Afrique ».

Film

Un film de la communauté sur les relations commerciales entre pays riches et pays pauvres.

Le service de presse de la C.E.E. (Division « Information aide au développement ») a présenté récemment un film à la presse accréditée auprès des Communautés européennes à Bruxelles. Une centaine de personnes, dont MM. J.F. Deniau et A. Borschette, membres de la Commission, était présente à la projection de ce film.

Ce court-métrage, intitulé « Battus d'avance ou l'étrange histoire des cacahuètes » a été tourné en partie au Sénégal. Cette réunion a été largement évoquée dans la presse européenne et la plupart des commentaires ont fait ressortir que, dans ce film, il était davantage fait appel à l'intelligence qu'à la sensibilité du spectateur qui se trouve, pendant une trentaine de minutes, confronté au problème de l'exploitation et de la commercialisation de l'arachide. L'arachide est un exemple, mais le problème se pose en termes analogues pour le café, le sucre ou le cacao.

L'idée essentielle est apparemment simple. Pourquoi le paysan sénégalais, en cultivant l'arachide, gagne-t-il trois fois moins que l'agriculteur qui en Europe ou aux États-Unis produit du tournesol, du soja ou du colza ? C'est parce que l'arachide souffre d'une concurrence inégale de la part de produits moins bons, soutenus parfois par les gouvernements des pays riches.

Ce documentaire oblige le spectateur à s'interroger sur la nécessité pressante de revoir certains aspects de l'aide au développement.

fois qu'il faut résoudre un problème d'organisation des espaces ainsi que des mouvements et des actes qu'il faut accomplir à l'intérieur de ces espaces, pour qu'ils deviennent plus brefs ou plus efficaces ou plus confortables.

Un centre de santé est le lieu où s'accomplit une des activités humaines, une parmi toutes les autres. Et donc qui, comme les autres, est constitué par une membrane qui doit abriter et protéger l'homme des intempéries, de la lumière, de l'obscurité, du bruit et qui doit abriter ses gestes et ses mouvements. Cette membrane doit contenir les machines dont l'homme s'est doté pour perfectionner et renforcer l'action de ses mains, pour améliorer la sensibilité de ses perceptions sensorielles. L'activité de l'homme autour de ces machines est génératrice d'une circulation d'individus distincts ou de groupes d'individus distincts, qui doit être rangée, ordonnée, intégrée. La membrane qui abrite cette activité doit avoir une forme et cette forme doit être organisée.

L'organisation de l'activité des hommes est architecture.

Celui qui fait l'architecture du centre de santé doit s'attaquer à la tâche avec humilité car **chaque hôpital nouveau n'est qu'une tentative de chose bien faite** et cela pour deux raisons : d'abord parce que les théories scientifiques ne sont pas vérités immuables : elles sont des éléments de grande valeur et restent telles tant qu'elles ne sont pas ultérieurement développées ou remplacées; en deuxième lieu, parce que le projet d'un hôpital ne peut pas se concevoir simplement sur une planche à dessin, mais que son étude doit être le résultat de l'approche personnelle des problèmes hospitaliers et d'une connaissance intime de la vie intérieure de chaque service pour que chacun de ces services puisse accomplir sans heurts le jeu délicat de son fonctionnement spécialisé.

Pour ce faire, il est fondamental que l'architecte ne dédaigne pas le contact avec ceux qui ont fait de la médecine leur profession, et, qu'au contraire, il recherche l'opinion des médecins, des laborantins, des radiologues, des anesthésistes, des infirmières, des constructeurs des différents équipements. Ce n'est

que par le travail de cette équipe, dont l'architecte sera éventuellement le catalyseur et le coordonnateur, que l'hôpital prendra sa forme.

Et cette équipe aura toujours à l'esprit que l'hôpital et son fonctionnement doivent avoir le patient comme centre et point de référence; ils doivent s'envelopper autour de lui qui n'est pas **objet** mais **sujet**.

C'est faire état d'une grande difficulté car le patient n'est pas représenté au sein des commissions qui sont désignées pour mettre en place le programme hospitalier et pour en définir les directives. En tout cas, même s'il l'était, il ne serait pas en mesure d'exprimer correctement ses exigences. Tout d'abord parce qu'il ne connaît pas, en général, le langage apte à exprimer ces exigences, ensuite parce qu'il n'a pas la possibilité de faire la comparaison avec des conditions plus favorables ou plus adaptées, et encore, parce qu'à sa sortie de l'établissement de soins, il ne désire pas porter des critiques envers ceux qui l'ont guéri et pour lesquels il ressent plutôt un sentiment de reconnaissance, quand il ne s'agit pas tout simplement d'un désir de tout oublier.

C'est alors aux membres de ces commissions de programmation que revient la responsabilité d'étudier et de comprendre le comportement de l'ensemble des malades et d'en identifier les nécessités. Il sera ainsi nécessaire de sortir du domaine de l'hypothèse ou de la supposition et de regrouper, identifier, recueillir les données concernant le plus grand nombre de patients pour pouvoir compter sur des bases de travail valables.



De nombreuses questions doivent pouvoir trouver une réponse pour créer le milieu médical le meilleur qui puisse contribuer, par sa composante psychologique, à déterminer les conditions les plus favorables à la guérison.

Ainsi par exemple pour ce qui concerne l'installation des malades, il faudra veiller à ce qu'ils ne soient pas éblouis par trop de lumière et qu'en même temps ils soient suffisamment éclairés, à ce qu'ils puissent vivre dans un milieu assez silencieux sans souffrir pour autant d'un silence excessif, à ce qu'ils soient protégés de la promiscuité sans les priver de la camaraderie ou de la conversation ou du témoignage des autres malades. Toutes ces nécessités présentent la caractéristique d'être variables en fonction du degré de la maladie et de son évolution, en fonction du caractère des personnes, et de dépendre souvent de l'heure même durant la journée.

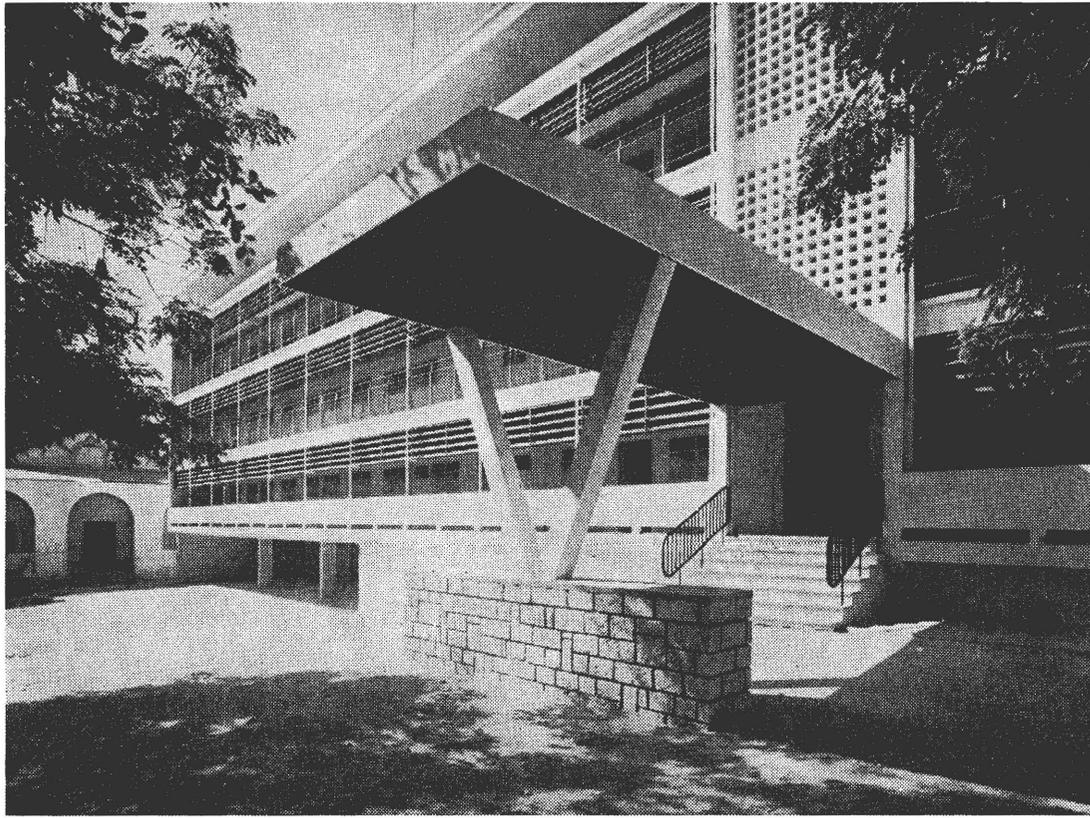
Une réflexion d'organisation s'impose. Dans l'unité de soins, le malade est immobile et plusieurs mouvements, actes et gestes doivent s'accomplir pour lui apporter ce dont il a besoin, pour le soumettre à certains traitements, pour éloigner de lui ses refus. Ce courant de trafic qui aboutit au lit du malade ou qui prend de là son départ provient ou est dirigé vers les locaux de service. La position respective de ces locaux par rapport à l'hospitalisation, les distances à parcourir, la forme des salles, des chambres et des couloirs, la hauteur, le positionnement des tables, des rangements, des plans de travail, l'accès aux placards en haut ou en bas : tous ces éléments doivent être organisés à la mesure de l'infirmière et de l'espace qu'elle peut brasser par ses gestes, pour qu'il n'y ait que le minimum de fatigue, pour que chaque mouvement soit simple et utile, que la qualité du travail soit bonne, pour qu'il n'y ait pas perte de temps ou déplacements supplémentaires, pour qu'il n'y ait

pas de mauvaise humeur. Si toute cette organisation est **pensée** on pourra placer quelques lits de plus pour la même équipe d'infirmières, ou avoir besoin d'une infirmière en moins pour le même nombre de lits.

L'ORGANISATION PEUT ENGENDRER UNE ÉCONOMIE

L'unité de soins est reliée à nombre de services destinés à recevoir les informations concernant les malades, à les traiter au moyen d'équipements plus ou moins spécialisés, à les évaluer et à les mettre en rapport avec les connaissances, les expériences, les résultats accumulés dans le temps; une décision est prise, les instructions sont données et retransmises, une action s'effectue sur le malade ou auprès

de lui; c'est un flux continu, un courant d'échanges, de relations, de rapports entre groupes ou individus, une circulation qui doit être fluide. Le malade lui même doit être transporté auprès des équipements si les équipements nécessaires au diagnostic ou à la thérapie sont trop encombrants ou trop lourds ou trop coûteux; ou s'ils sont si compliqués que leur fonctionnement demande tellement de connexions, de fluides divers, de sources d'énergie; ou s'ils sont dangereux par leurs radiations mortelles au point que pour qu'elles



Pavillon annexé à l'Hôpital de Majunga au Nord Ouest de Madagascar (Financement F.E.D.).

L'organisation du milieu a certainement une influence sur le bien-être du malade et si l'état psychologique est bon la guérison sera plus rapide; il en résultera une économie.

Il y a le patient qui est le centre. Et tout un ensemble de personnel, de moyens, de dispositions, d'interventions, qui est satellisé autour de lui pour lui administrer les traitements appropriés.

soient lancées vers l'organe malade pendant le temps d'un centième de seconde il est nécessaire de les abriter derrière des plaques épaisses de matériaux protecteurs qui couvrent les parois, le plafond, le plancher les portes, sans laisser de fissures.

Chacun de ces services est une unité en soi, chacun constituant un problème d'organisation pour que le travail de l'individu ou du groupe d'individus s'y déroule correctement par l'utilisation de l'espace en fonction des actes et des mouvements des hommes, des documents qui doivent être consultés, des matériaux qui doivent être analysés, des équipements qui doivent être utilisés. Et ces services doivent être intégrés dans un ensemble pour que leurs liens soient équilibrés, leurs rapports mutuels ordonnés. Toute fonction dépend étroitement des autres fonctions, les interactions doivent être possibles et simples. Des interpénétrations doivent exister, il doit y avoir possibilité de passage, et même des zones où la confrontation, la fusion et le transfert des informations d'une entité à une autre soient possibles.

Le schéma des rapports entre unités est encore l'objet d'une organisation architecturale qui peut être source d'économie.

Jusqu'ici c'est la forme de l'établissement hospitalier qui a été analysé : l'importance que peut avoir et qui **doit être donnée** à l'organisation du travail des hommes, à la coordination des connaissances de l'activité de l'individu par rapport aux problèmes qu'il est appelé à résoudre, à la synthèse nécessaire de ces connaissances qui doivent décomposer l'activité de l'individu jusqu'au moindre détail en analysant ses gestes, ses déplacements, l'espace qu'il occupe et qui est nécessaire à ses mouvements.

Cette analyse conduit à la conclusion que si nous réussissons à ordonner l'action de l'homme au travail, en enveloppant la succession des actes qu'il accomplit dans une forme appropriée, conçue dans l'esprit de lui rendre la tâche simple, nous en obtiendrons une économie.

Au delà de la forme de l'établissement hospitalier il faut remarquer que l'organisation de l'action de l'homme suppose l'homme au travail. L'homme qui doit savoir accomplir les actions nécessaires à l'accomplissement de sa tâche, qui doit savoir choisir entre les différentes solutions qui peuvent aboutir à un bon résultat, qui doit savoir prendre la responsabilité de la décision qui portera au meilleur résultat possible, parmi les bons résultats que l'on peut attendre d'une action déterminée. Ce sont là les qualités essentielles que l'on demande à l'ensemble des personnes qui travaillent dans l'hôpital, depuis le médecin chef et le chirurgien jusqu'à l'infirmière ou l'analyste.

Par ces quelques mots, c'est le sujet de la formation des hommes qui est abordé. Encore un autre problème d'organisation. Concernant la société cette fois-ci. La société qui doit prévoir par une planification à long terme les structures dont elle espère pouvoir se doter. A long terme parce que la



Cours à l'hôpital de Fort-Lamy au Tchad.

formation commence depuis l'enfance et que vingt-cinq ans sont nécessaires pour former un médecin.

Ces quelques considérations ont été faites pour illustrer les problèmes à affronter dans le domaine de la catégorie de services que sont les soins médicaux. Mais, en transparence, on a pu apercevoir la possibilité d'appliquer les mêmes principes aussi bien à d'autres domaines de l'activité humaine. Il en résulte que les idées de la prévision et de l'organisation de notre vie dans ces domaines où elles peuvent éviter le gaspillage d'énergie pour consacrer cette énergie à des buts utiles, doivent présider à notre activité.

N. RUSSO

III. — Trois exemples d'intervention du F.E.D. en matière sanitaire

Les interventions du F.E.D. étant principalement constituées par des aides non remboursables, les investissements qui en résultent ne constituent pas un endettement pour les économies des États associés. Ceux-ci deviennent propriétaires des réalisations et prennent en principe à leur charge, une fois les projets terminés, les frais pour la gestion et pour l'entretien, c'est à dire les charges récurrentes d'exploitation.

Cette caractéristique des financements sur les ressources du Fonds Européen de Développement permet de les destiner, notamment, à la mise en place de cette partie de l'infrastructure dont la rentabilité se réalise à longue échéance. L'investissement dans le domaine sanitaire fait partie par excellence de ce type d'infrastructure et les Associés ont présenté à l'examen de la Commission un grand nombre de dossiers concernant les projets sanitaires.

C'est ainsi qu'au cours des 1^{er} et 2^e F.E.D, 80 projets ont été financés sur les ressources du F.E.D., pour un montant total dépassant 70 millions d'unités de compte.

Parmi ces 80 projets, 5 hôpitaux centraux, 12 hôpitaux régionaux et 40 hôpitaux ruraux ont été réalisés. Un certain nombre de projets ont été réalisés pour doter certaines régions particulièrement dépourvues de formations sanitaires qui seront ainsi dispersées sur l'ensemble du territoire. Le F.E.D. est aussi intervenu dans le domaine de la formation et de la recherche, où 9 projets ont été réalisés. L'ensemble de ces réalisations a comporté la construction d'établissements pour un total de 380 000 mètres carrés qui ont été dotés de tous les équipements nécessaires.

En outre, 24 projets d'infrastructure sanitaire ont déjà été présentés au financement du 3^e F.E.D. Au début de l'année 1972, les interventions du 3^e Fonds en ce domaine se chiffraient à 2 150 000 U.C.

Il convient de rappeler enfin que les projets d'hydraulique humaine ont aussi une incidence prophylactique importante et jouent donc un rôle dans l'amélioration de la santé publique.

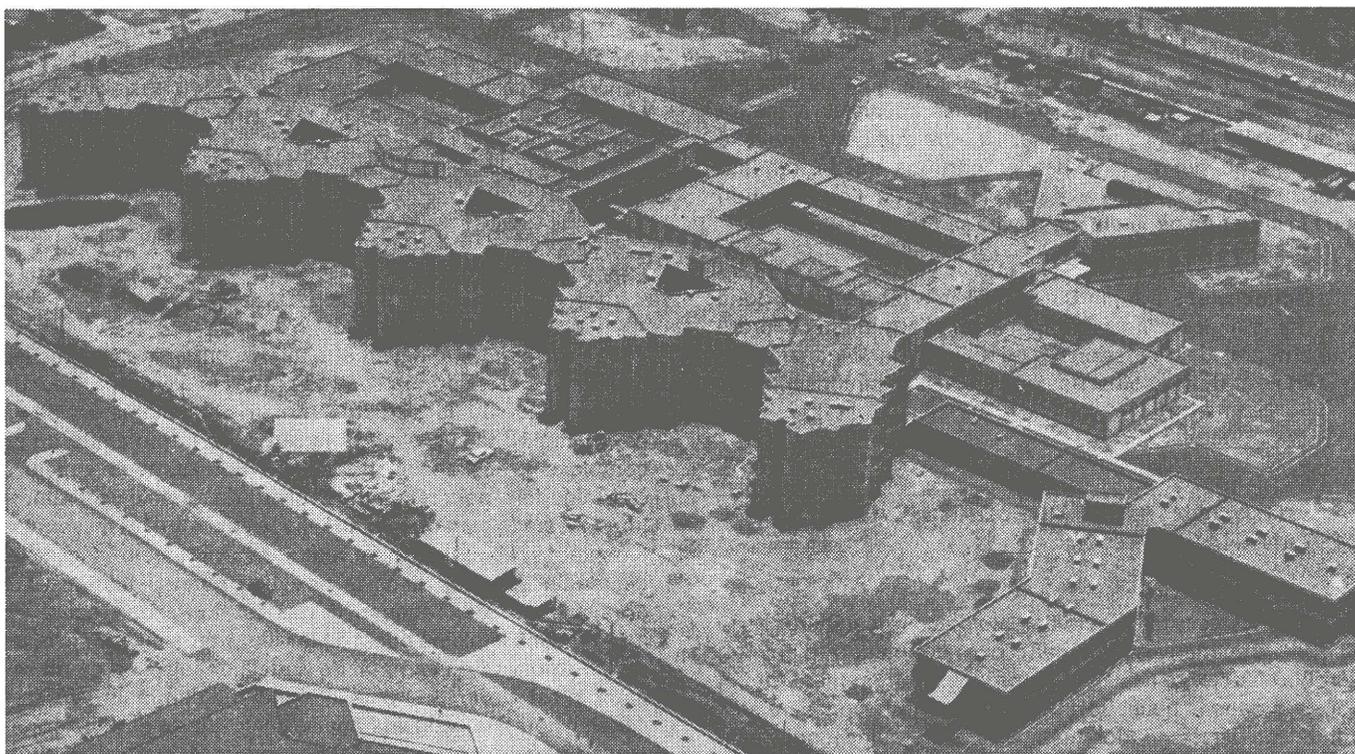
* * *

Pour illustrer l'action du F.E.D. en matière d'infrastructure sanitaire principalement, mais aussi dans d'autres domaines, trois exemples ont été choisis :

- Madagascar : hôpital général universitaire d'Ampefiloha;
- Cameroun : formations sanitaires;
- Mali/Côte-d'Ivoire/Haute-Volta: lutte contre l'onchocercose.

A. L'Hôpital général universitaire d'Ampefiloha

par M. A. RIVERA



Vue aérienne du nord : le bloc d'hospitalisation.

En décembre 1965, la Commission des Communautés Européennes décidait de prendre en charge, sur les ressources du FONDS EUROPÉEN DE DÉVELOPPEMENT, la réalisation de l'Hôpital Général Universitaire d'Ampefiloha pour un montant de 6 583 000 U.C.

La réalisation de cette nouvelle unité hospitalière dans la ville de Tananarive répondait, en fait, au double objectif de remplacer l'ancien Hôpital de Befelatanana, vétuste et totalement inadapté aux exigences sanitaires modernes, en provoquant en même temps une réorganisation du réseau hospitalier de Tananarive et de sa province.

Ce remodelage des structures sanitaires avait été envisagé par les services des Communautés Européennes en étroite collaboration avec les représentants de la République Malgache et du Fonds d'Aide et de Coopération dans l'intention de canaliser les différentes interventions, dont celle du F.E.D. était financièrement la plus importante, vers un objectif commun. Le programme d'ensemble avait pour but de créer des unités de gestion rationnelles, de renforcer les institutions existantes et, en dernier lieu, de donner à l'Université de Madagascar la possibilité de trouver à Tananarive l'éventail complet des services hospitaliers modernes indispensables à son enseignement médical. L'opération devra

être complétée ultérieurement, par le remplacement de l'hôpital des enfants de Tananarive, également vétuste et inadapté aux besoins, dont le financement a été demandé au Fonds Européen de Développement.

LE CADRE DU PROJET

Il était prévisible que par sa vocation à l'enseignement, par sa localisation géographique privilégiée et par ses possibilités techniques réellement supérieures aux autres hôpitaux de Madagascar, l'Hôpital d'Ampefiloha devienne inévitablement la clé de voûte de toute l'organisation malgache de la médecine curative, mais aussi le pôle d'attraction incontestable pour les patients de toute l'île. Aussi, ce nouvel hôpital devait viser à être, avant tout, une formation active, à haut rendement médical et capable de prendre en charge, en plus de sa population directement dépendante, tous autres patients que les formations provinciales ne pouvaient pas traiter pour des raisons qui tiennent soit à la pathologie rencontrée, soit à certaines techniques spéciales à mettre en œuvre. Il fallait néanmoins veiller à ce que cette nouvelle formation ne prenne pas des proportions qui la rendrait monstrueuse sous l'angle de la gestion, de l'organisation et de la structure générale du service sanitaire.

Les dimensions optima du nouvel hôpital devaient donc être déterminées par la combinaison d'arguments d'ordre économique, des situations particulières de Tananarive et de l'analyse des besoins hospitaliers de la circonscription.

LA SITUATION SANITAIRE DANS LA PROVINCE DE TANANARIVE

Outre la nécessité de subvenir aux besoins sanitaires de la ville de Tananarive, comptant une population d'environ 400 000 habitants (250 000 dans la ville proprement dite et 150 000 dans la banlieue), cette formation hospitalière sera influencée par la situation médicale de la province, qui s'était considérablement dégradée au fil des années. Cette dégradation se traduisait à la fois par une récession de la capacité hospitalière, qui était passée pour la province de Tananarive de 393 470 journées d'hospitalisation en 1960 à 265 335 en 1962, soit une diminution de 33 % environ, mais aussi par le fait que cette capacité réduite ne pouvait pas être convenablement exploitée. En effet, l'occupation des lits variait de 40 % à 60 % suivant les régions, alors que l'occupation idéale se situe aux environs de 70 %. Les raisons principales de cette situation étaient, en premier lieu, la dimension trop réduite des unités hospitalières qui en rendaient la gestion irrationnelle et l'insuffisance des moyens mis à la disposition des unités provinciales. En conséquence, la pression sur l'hôpital de Befelatanana était devenue de plus en plus forte et aboutissait à la surcharge de ce dernier.

Les statistiques montraient que, de 1960 à 1962, le nombre de patients traités dans cet hôpital de Befelatanana avait progressé de 14 826 à 16 664 soit une augmentation d'environ 12 %. Or cette progression était d'avantage imputable aux patients provenant de la province de Tananarive ($\pm 33\%$) ou d'autres provinces ($\pm 30\%$) que de ceux de la ville même et de sa banlieue ($\pm 4\%$ seulement).

A la suite de cette rapide analyse, il apparaissait évident que l'intervention portant sur l'hôpital d'Ampefiloha devait s'inscrire dans une action d'ensemble destinée à rétablir l'équilibre sanitaire de la province de Tananarive.

Or, pour maintenir cette nouvelle unité hospitalière à un niveau de rentabilité convenable, il ne fallait pas dépasser les 800 lits.

Il fut donc décidé de conserver sur l'ancien emplacement de Befelatanana un complexe hospitalier groupant la maternité et l'hôpital des enfants, et de prévoir un nouvel hôpital général dont la capacité serait de ± 740 lits, dont 700 réservés aux adultes et 40 lits pédiatriques dans la section des contagieux.

L'IMPLANTATION ET LA CONCEPTION TECHNIQUE

Ce nouvel hôpital devait être en mesure de traiter tous les malades, à l'exception de ceux de la gynécologie, de l'obstétrique, de la pédiatrie, de la phtisiologie et de la psychiatrie. Il fallait, d'autre part, assurer la proximité de ce complexe avec l'ancien hôpital de Befelatanana appelé à être remodelé, pour rendre possible toute forme de collaboration tant sur le plan du personnel que sur celui des ressources techniques. L'emplacement retenu répond à cette nécessité. Le terrain est situé dans le nouveau quartier administratif et résidentiel de Tananarive qui est une zone calme. Il s'étend dans la plaine ouest de la ville, à proximité immédiate du lac Anosy et de l'hôpital de Befelatanana. Son emplacement n'est donc pas plus éloigné du centre urbain que l'ancien hôpital et, considérant les perspectives de développement urbain dans cette direction ouest, le nouvel hôpital occupera finalement une situation assez centrale.

Ce terrain se développe, d'autre part, le long de la route d'Arivonimamo, cette artère qui est appelée à devenir une grande voie rapide de pénétration et de dégagement de Tananarive. Son accès est donc facile et les communications avec les communautés à desservir peuvent être rapides tant pour les transports en commun que pour les véhicules privés. Essentiellement plat, ce terrain a une surface supérieure à 8 hectares.

Du point de vue architectural, la conception qui a été retenue est une formule intermédiaire entre le système pavillonnaire sans étages et les grands blocs verticaux. Les archi-



Vue aérienne du nord-est (à noter l'échelle réduite de presque toutes les constructions avoisinantes).

tectes ont ainsi exploité les avantages des deux formules en ayant recours au bloc, mais d'une hauteur limitée, pour l'hospitalisation, qui ne présente que des avantages à être centralisée et qui, étant constitué d'éléments tous égaux entre eux, se compose de la superposition spontanée de ces éléments. Ils ont, par contre, eu recours aux pavillons avec un étage pour les divers services qui, ayant des fonctions tout à fait différentes, présentent des caractéristiques de forme et d'espace complètement différenciées.

La distribution volumétrique qui en résulte permet de réduire au maximum les installations de transport verticales tout en atteignant un rapport très favorable en ce qui concerne les circulations horizontales.

Cet hôpital général, qui totalise une surface totale d'environ 30 000 m², est constitué en gros des secteurs suivants :

a) le secteur des consultations externes

Ce secteur devra poser les diagnostics, traiter ambulatoirement, recevoir les urgences et surveiller les anciens hospitalisés. Il devra faire face à une moyenne de 210 000 demandeurs de soins par an. Pour ce faire, ce secteur dispose d'une polyclinique avec consultations de médecine, chirurgie, d'oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie etc., d'un service d'urgence et de réanimation et d'un service d'admission à l'hospitalisation.

b) le quartier d'hospitalisation

La capacité totale de 740 lits est répartie à raison de 41 % en chambres de 10 lits, 20 % en chambres de 5 lits; 12 % en chambres de 3 lits; 8 % en chambres de 4 lits et 19 % en

chambres de 1 lit (chambres privées et chambres d'isolement pour les contagieux, réanimation, curiethérapie, etc.). Ces chambres seront regroupées en unités de soins de 40 lits accessibles aux patients assistés et payants des deux sexes. Chaque unité de soins dispose des facilités techniques pour les soins courants et journaliers. La dotation générale des services est établie comme suit : 200 lits pour la médecine interne et ses spécialités; 280 lits pour la chirurgie et ses spécialités; 100 lits pour les contagieux; 40 lits pour l'ophtalmologie; 40 lits pour l'oto-rhino-laryngologie, 20 lits pour la radiothérapie et 60 lits pour les urgences et la réanimation.

c) les services techniques médicaux

Conçus pour servir à la fois l'hospitalisation et les consultations externes, les services techniques médicaux sont centralisés dans une zone intermédiaire qui regroupe : le service de radiodiagnostic, les laboratoires, le service de radio-radium-thérapie, le service de physiothérapie, le quartier opératoire, la pharmacie et le service de réanimation.

d) l'enseignement

L'enseignement de la Faculté entraîne la nécessité de prévoir un amphithéâtre et quelques salles de cours pratiques.

Du point de vue constructif, le bloc à deux niveaux, articulé en différents pavillons comprend, au rez-de-chaussée, les entrées conçues pour recevoir les consultants (700 à 750/jour), les visiteurs (1 600-1 800/jour) et les ambulances, l'administration, la polyclinique, une partie des thérapies, la pharmacie, la stérilisation, la réanimation ainsi que la consultation des médecins et chirurgiens. Au premier étage sont prévus les laboratoires, une partie des thérapies, le quartier opératoire et les consultations privées.

Le bloc à quatre niveaux comprend au rez-de-chaussée les cuisines, les magasins généraux et d'alimentation, les buanderies et la morgue. Les trois niveaux supérieurs sont réservés à l'hospitalisation.

En plus de ce bâtiment principal, des constructions sont prévues abritant les unités de contagieux (sur deux niveaux), les services techniques et les logements des internes. Deux logements de fonction sont également prévus.

La distribution planimétrique et l'orientation des bâtiments tiennent compte, d'une part de l'ensoleillement et de la ventilation, et d'autre part de la nécessité d'isoler le plus possible le bloc d'hospitalisation des bruits des routes et de la voie ferrée situées non loin du terrain. L'accès principal donne sur la route d'Arivonimamo.

Le choix du système de construction a été fait en fonction de la nature du terrain qui, ne supportant pas de fortes surcharges, a obligé à adopter des fondations sur pieux ossature portante en béton armé. Les murs sont en maçonnerie.

L'équipement tient compte à la fois des stricts besoins médicaux et des nécessités de l'enseignement supérieur ce qui alourdit quelque peu le coût de certains services techniques (radiologie, radiothérapie, explorations fonctionnelles, etc.).

LES ÉTAPES DE LA RÉALISATION

La décision de financement, intervenue en décembre 1965, avait été prise sur la base de l'étude architecturale de l'avant-projet. Il a été donc nécessaire d'établir les plans d'exécution et toutes les études techniques afin de procéder au lancement de l'appel d'offres concernant l'exécution des travaux de construction.

La procédure d'attribution du marché a été finalement assez longue car les autorités malgaches, compte tenu de l'importance des travaux, ont décidé, à juste titre, de procéder à une présélection des entreprises admises à présenter une offre. Cette procédure entamée en mai 1967 a abouti à la désignation d'une entreprise adjudicataire en décembre 1968.

Les travaux ont effectivement démarré en février 1969 et leur exécution est actuellement presque achevée. L'installation de l'équipement médical lourd et du mobilier qui a fait l'objet d'un deuxième appel d'offres publié en février 1970, est également en phase d'achèvement. Ceci laisse prévoir que la mise en service de cet hôpital peut être envisagée pour le début de l'année 1973.

A. RIVERA



B. Formations sanitaires

Le gouvernement camerounais est intervenu auprès de la Commission des Communautés Européennes pour que, par l'intermédiaire du Fonds Européen de Développement, elle participe à son programme de développement hospitalier dans l'ensemble du pays.

L'intervention du F.E.D. s'est effectuée en trois parties.

- Construction ou extension de formations sanitaires au Nord-Cameroun;
- Équipement des formations sanitaires au Nord-Cameroun;
- Construction et équipement de formations sanitaires au Sud-Cameroun.

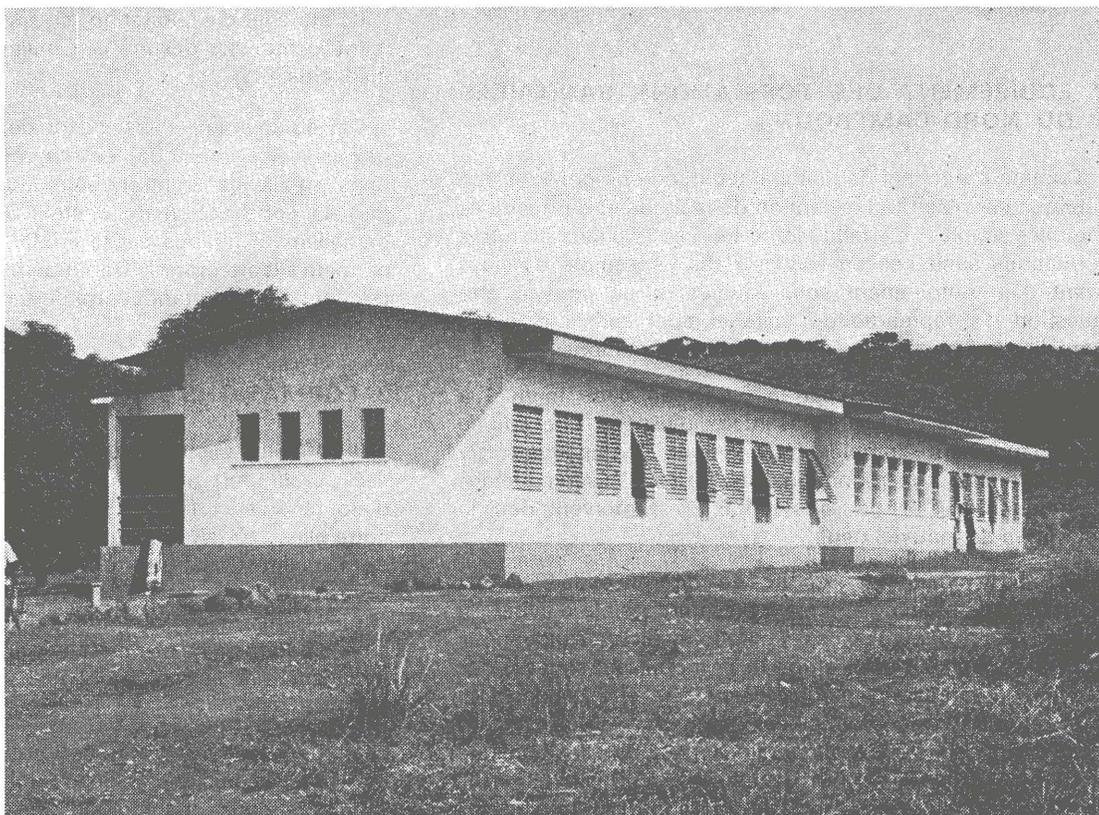
Ces diverses formations sanitaires sont entrées en activité en 1969 dans les départements du Nord-Cameroun et en 1970 dans le Sud.

Le financement de l'ensemble de ces interventions s'est élevé à plus de 9 millions U.C.

1. FORMATIONS SANITAIRES AU NORD-CAMEROUN

Diverses raisons ont incité le gouvernement camerounais à d'abord intervenir pour le développement hospitalier du Nord-Cameroun qui connaissait un sous-équipement sanitaire certain. En effet, la situation géographique de cette région, la rigueur du climat, la pauvreté du sol, l'existence de la falaise de N'Gaoundéré et divers facteurs psychologiques et religieux font que cette région connaît un certain retard dans le domaine social et économique. On comptait avant la réalisation de ce projet, un lit pour 1181 habitants; grâce à la construction de ces formations sanitaires, la capacité d'hospitalisation devait être portée à 1 lit pour 721 habitants.

*Autre exemple
d'intervention du
F.E.D. en matière de
santé : le pavillon
hospitalier de la petite
ville de Meiganga
(Est-Cameroun).*



Le F.E.D. a été sollicité pour financer la construction ou l'extension de formations sanitaires dans les départements de l'Adamaoua, de Bénoué et du Diamaré.

a) Département de l'Adamaoua

- Extension de l'hôpital de N'Gaoundéré (74 lits).
- Construction de 3 centres médicaux à Banyo, Tignere, Tibati (10 lits).
- Construction de 13 dispensaires (156 lits) à Bagodo, Bandam, Beka, Belel Doualayel, Kaladi, Kontcha, Martap, Nghanha, Nyambaka, Nyangha, Sambolabo, Somie, Yarimbang.
- Construction de 4 logements de médecin à N'Gaoundéré, Banyo, Tibati, Tignere.

b) Département de la Bénoué

- Extension de l'hôpital de Garoua (80 lits) et centre P.M.I.
- Construction d'un centre médical à Poli (20 lits).
- Construction de 3 dispensaires (36 lits) à Hamakoussou, Rey-Bourba, Touboro.
- Construction de 2 logements de médecin à Garoua et Poli.

c) Département du Diamaré

- Extension de l'hôpital de Maroua (102 lits).
- Extension du centre médical de Kaélé (20 lits).
- Construction de 5 dispensaires (60 lits) à Dargala, Moulvouday, Moutouroua, Nguidiguis, Papata.
- Construction de 2 logements de médecin à Kaélé et Maroua.

2. ÉQUIPEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES DU NORD-CAMEROUN

Comme il s'est agi de matériel technique ne pouvant être fabriqué sur place (à l'exception de la literie et de quelques meubles simples) il a fallu l'importer. Les hôpitaux et autres formations sanitaires en service dans l'ensemble du pays étant déjà notoirement sous-équipés, il ne pouvait être question d'y reprendre du matériel pour satisfaire même partiellement les besoins des nouvelles formations.

L'expérience acquise par le F.E.D. en cette matière a prouvé qu'il est toujours hasardeux d'espérer une source de financement complémentaire pour l'équipement qui doit permettre aux formations médicales d'assurer pleinement leur rôle. C'est pourquoi le F.E.D. est intervenu dans la fourniture de matériel neuf.

Grâce à la création de 7 centres de chirurgie et de 5 centres nouveaux de radiologie, il est à présent possible d'éviter ou de réduire à quelques cas exceptionnels les évacuations d'urgence qui sont très coûteuses et mobilisent souvent des moyens de transport n'appartenant pas aux services de santé et qui doivent être réquisitionnés. Dans le département de l'Adamaoua, le plus vaste, les évacuations sanitaires se faisaient sur des distances moyennes de 300 à 400 kilomètres. La médecine préventive et le contrôle sanitaire des

écoles sont également facilitées par l'installation des centres de radioscopie. L'implantation des 21 dispensaires ruraux dans cette région d'élevage habitée en partie par une population nomade permet de renforcer l'action médicale et contribue à fixer les éleveurs et leurs familles dans des zones où le service zootechnique a déjà créé des centres de vaccination et de rassemblement du bétail.

Sur le plan national, la réalisation d'investissements sociaux de cette importance vise à établir un certain équilibre entre le Nord et le Sud du Cameroun. L'évolution du Nord a été longtemps retardée dans le passé par le manque de liaisons permanentes avec la capitale et par une certaine résistance des populations islamisées et animistes à admettre la scolarisation et à prendre le chemin de l'hôpital ou du dispensaire. Cette situation a profondément changé ces dernières années et les populations du Nord aspirent, notamment sur le plan sanitaire, à combler leur retard. Le Gouvernement est donc soucieux de promouvoir la réalisation d'équipements sociaux en faveur du Nord.

L'équipement proprement dit destiné aux formations sanitaires est constitué par du matériel technique et par du matériel d'exploitation et varie en quantité et qualité suivant le type d'établissement à équiper.

En général, le matériel technique comprend les tables d'opération, les boîtes d'instruments, les boîtes à stériliser, tentes à oxygène, appareils de radiologie et de radioscopie, brancards, etc., soit tout le matériel destiné au fonctionnement strictement technique des centres sanitaires.

Le matériel d'exploitation, en revanche comprend seulement le mobilier destiné aux malades et aux bureaux des médecins.

Cet équipement social accru du Nord-Cameroun va de pair avec les remarquables progrès enregistrés récemment dans son expansion économique et industrielle. D'autre part, la construction du chemin de fer transcamerounais, partiellement financé par le F.E.D. au-delà de Bélabo, doit permettre d'atteindre N'Gaoundéré et de faire de cette ville terminus un important centre de transit.

3. FORMATIONS SANITAIRES AU SUD-CAMEROUN

Il a été dit, plus haut, que le Nord-Cameroun était défavorisé par rapport au Sud du pays. Il convient cependant d'ajouter que certaines régions du Sud sont défavorisées entre elles : c'était particulièrement vrai dans la partie ouest de l'ancien Cameroun oriental ainsi que dans l'ancien Cameroun occidental. Ces régions, déjà très peuplées, connaissent un accroissement de la population tel qu'un plan d'équipement et de rééquipement avait été établi par le ministère de la Santé publique.

C'est ainsi que le F.E.D., à la demande des autorités camerounaises, a été pressenti pour financer des constructions, des extensions et des reconstructions de formations sanitaires dans ces régions ainsi que leur équipement.

a) interventions dans 5 villes de l'ancien Cameroun oriental

1. MBOUDA.

Chef-lieu du département des Bamoutos, Mbouda compte dans son district, environ 40 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique radio-chirurgie;
 - de 2 pavillons médecine-chirurgie (40 lits);
 - d'un bloc technique d'accouchement;
 - d'une maternité (20 lits);
 - d'un logement de médecin.

2. BANGANGTE

L'agglomération de cette ville du département du Ndé rassemble environ 10 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique radio-chirurgie;
 - d'un pavillon médecine-chirurgie (30 lits);
 - d'un bloc technique accouchement;
 - d'une maternité (30 lits);
 - d'un logement de médecin.

3. BAFANG

Chef-lieu de Haut-Nkam, Bafang compte environ 15 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique radio-chirurgie;
 - d'un bloc technique d'accouchement;
 - d'un pavillon maternité (30 lits);
 - d'un logement pour médecin.

4. FOUMBOT

Chef-lieu d'arrondissement du département Bamoun, Foumbot compte avec son arrondissement plus de 30 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique radio-chirurgie;
 - d'un bloc pavillon médecine-chirurgie (30 lits);
 - d'un bloc technique d'accouchement;
 - d'un pavillon maternité (20 lits);
 - d'un logement pour médecin.

5. NDIKINIMEKI

Chef-lieu d'arrondissement du département de Mbam, NdiKinimeki compte environ 20 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique radio-chirurgie;
 - d'un pavillon médecine-chirurgie (30 lits);

d'un bloc technique d'accouchement;
d'un pavillon maternité (20 lits);
d'un logement pour médecin.

A chacune de ces interventions s'ajoute la construction de divers bâtiments de service (cuisine, buanderie, pharmacie, laboratoire, etc.)

b) interventions dans 6 villes de l'ancien Cameroun occidental

1. BAMENDA

Chef-lieu de province, la ville dessert directement une population de plus de 60 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique radio-chirurgie;
 - de 2 pavillons médecins-chirurgie (42 lits);
 - d'un bloc technique d'accouchement;
 - d'un pavillon maternité (30 lits);
 - d'un pavillon otorhinolaryngologie (20 lits);
 - de 2 logements pour médecin.
- transformations de bâtiments existants (8 lits).
- construction d'une école d'infirmières (50 internes).

2. WUM

Wum est le chef-lieu d'un district comprenant 90 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique d'accouchement;
 - d'un pavillon maternité (30 lits);
 - de deux pavillons médecine-chirurgie (60 lits).
- transformations de bâtiment existants.

3. NKAMBE

Nkambe est le chef-lieu d'un district d'environ 100 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique d'accouchement;
 - d'un pavillon maternité (30 lits).

4. MAMFE

Mamfe est le chef-lieu d'une province qui compte plus de 100 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un hôpital complet comprenant :
 - un bloc technique radio-chirurgie;
 - deux pavillons médecine-chirurgie (60 lits);
 - un bloc technique d'accouchement;
 - un pavillon maternité (30 lits);
 - un pavillon d'isolement (30 lits);
 - 2 logements pour médecin;
 - diverses constructions annexes.

5. VICTORIA

Victoria est le chef-lieu d'une province de 120 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- adjonction d'un pavillon d'isolement (30 lits) à l'hôpital existant.
- construction d'une pharmacie centrale.
- diverses extensions et modernisations des bâtiments existants.

6. KUMBA

Kumba est le chef-lieu d'une province d'environ 200 000 habitants.

Interventions du F.E.D. :

- construction :
 - d'un bloc technique radio-chirurgie;
 - de 2 pavillons médecine chirurgie (40 lits);
- diverses extensions et modernisations des bâtiments existants.

- extension d'un centre PMI
 - construction ou extension de 5 centres médicaux (150 lits)
 - construction de 21 dispensaires ruraux (252 lits)
 - construction de 8 logements de médecin
 - construction 13 pavillons médecine-chirurgie (332 lits)
 - construction 9 blocs techniques d'accouchement
 - construction 9 pavillons maternité (240 lits)
 - construction 2 pavillons isolement (60 lits)
 - construction 1 pavillon O.R.L. (30 lits)
 - transformations diverses (8 lits)
 - construction de 7 logements de médecin
 - construction d'une école d'infirmières
 - construction d'une pharmacie centrale
- nombre total de lits : 658 nombre total de lits : 670

CONCLUSION

Le total des interventions du F.E.D. pour l'ensemble du Cameroun concernant les projets énoncés ci-dessus est le suivant :

Nord-Cameroun

- extension de 3 hôpitaux (256 lits)

Sud-Cameroun

- construction 8 blocs radio-chirurgie

L'investissement du F.E.D. en matière de santé est donc très important au Cameroun. La construction et l'équipement d'hôpitaux, de pavillons d'hospitalisation, de maternités etc. est certes, un élément indispensable pour le développement hospitalier d'un pays. Mais c'est loin d'être suffisant! Les malades qui affluent vers les divers centres de soins demandent à être soignés, et, pour ce faire, des médecins, des infirmières sont nécessaires. Le gouvernement camerounais en est conscient et s'efforce d'y porter remède.

Vue partielle de l'école d'infirmières de Bamenda.

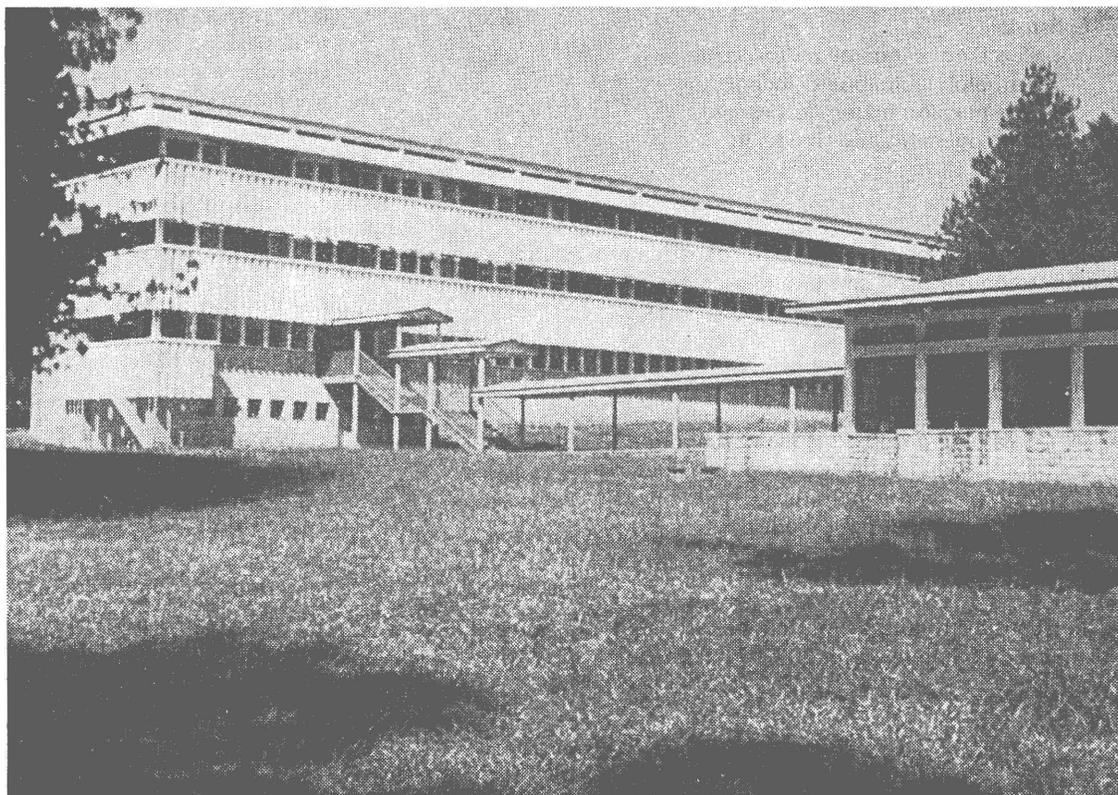


Photo H. Philipp

C. Lutte contre l'onchocercose

dans trois pays de l'ouest africain

L'onchocercose est une filiarose du tissu cellulaire sous-cutané et des tissus oculaires. L'affection est transmise de l'homme malade à l'homme sain par la piqûre d'un petit moucheron qui se reproduit dans les eaux courantes. La maladie se manifeste par des poussées fébriles immobilisantes, elephantiasis, cécité, qui forcent les populations de renoncer à toutes activités dans les foyers où se trouvent les meilleures terres (à proximité des courants d'eau).

La lutte contre l'onchocercose, dans les foyers de contamination, est menée en attaquant le vecteur au moyen d'un larvicide (DDT) épandu dans les courants d'eau à des lieux et époques bien définis.

Depuis 1966, une campagne de lutte contre l'onchocercose dont l'endémicité est particulièrement grave dans les zones de savane concernées a été financée par les 1^{er}, 2^e et 3^e F.E.D. pour un montant total de 1 372 000 U.C.

La délimitation géographique de ces zones recouvre en effet une région d'environ 60 000 km² peuplée de plus de 400 000 habitants dans laquelle s'étaient développés les trois foyers onchocerquiens du **Farako** – Sikasso (au Mali), de **Korhogo** – Bandama (en Côte-d'Ivoire) et de **Banfara** – Comée Léraba (en Haute-Volta).

Cette campagne prévoyait particulièrement la prise en charge conjointe, par le projet et par des contributions des États concernés, d'une phase opérationnelle de lutte contre le vecteur de l'onchocercose « *simulium damnosum* » et d'une phase de consolidation tandis que la phase d'entretien ultérieure serait intégralement financée par les budgets nationaux des trois États associés. Campagne donc avant tout entomologique puisque, il faut le rappeler, le projet avait été dès les premiers mois d'exécution amputé de sa partie thérapeutique en raison d'une médication qui s'est révélée inadaptée en traitement de masse.

RÉSULTATS OBTENUS JUSQU'EN 1971

— Foyer de Farako (Mali)

Dans ce foyer relativement bien isolé, bien connu, accessible et peu étendu les résultats ont été, dès la phase d'attaque, de très bonne qualité.

La transmission de l'onchocercose qui, avant les traitements, atteignait partout un niveau méso ou hyperendémique a été pratiquement supprimée; seule subsiste à l'aval de la

zone, région la plus exposée aux réinfestations, une très faible transmission saisonnière de niveau hypoendémique.

Dans le domaine clinique dès 1968 et récemment encore, des enquêtes ophtalmologiques, réalisées par le Docteur Rolland, permettaient de conclure à «une diminution du réservoir microfilarien humain en l'absence de tout traitement thérapeutique».

Sur le plan économique, la région connaît ces derniers temps un essor qu'il convient de signaler — installation de plantations de thé avec l'aide chinoise, plantations d'arbres (teck, anacardier), développement de la culture attelée — alors que voici dix ans s'y dessinait un mouvement d'abandon des terres.

— Foyer de Korhogo (Côte-d'Ivoire)

Ce vaste foyer qui correspond au haut bassin du fleuve Bandama constitue un véritable carrefour simuliidien réenvahi par le Sud en saison des pluies à partir du bief situé en aval de la zone traitée et par le Nord Est en saison sèche à la faveur de l'harmattan. La transmission qui correspondait avant le traitement à un niveau d'hyperendémie ou de désertion a été partout notablement abaissée; elle a été pratiquement supprimée sur le bief amont et amenée à un très bas niveau sur le bief aval. Le bief moyen « carrefour des voies de réinvasion », qui fut plus long à réduire la transmission, y est maintenant contenu dans les limites de l'hypoendémie.

Il n'existe pas, pour ce foyer, de données comparatives permettant d'évaluer le résultat de l'action par des critères cliniques; cependant sur le plan humain et économique, le repeuplement des vallées et la mise en valeur de terres reconquises sont certains (coton, kenaf, riz, canne à sucre). Les réalisations actuelles ou en cours n'auraient pu s'envisager en présence de haute transmission onchocerquienne.

— Foyer de Banfora (Haute-Volta)

Dans ce foyer qui correspond au haut bassin du fleuve Comoé et de son affluent la Leraba et dont le tiers de la superficie est déserté du fait de l'onchocercose, les traitements ont débuté avec trois ans de retard. Dans la partie méridionale, la transmission n'a été ramenée d'un niveau de désertion qu'à celui de l'hypo- ou de meso-endémicité du fait de l'inaccessibilité de certaines zones, cependant que dans la partie septentrionale et moyenne, celle-ci était pratiquement supprimée.

Du fait du traitement plus tardif, aucun mouvement de recolonisation des terres abandonnées ne s'est encore esquissé dans ce foyer.

PERSPECTIVE DE SAUVEGARDE DES RÉSULTATS ACQUIS

a) Maintien de l'aide communautaire

Grâce à l'heureux concours des conditions climatologiques de la saison sèche de 1970, les traitements nécessaires à la sauvegarde des résultats obtenus ont pu être effectués pratiquement jusqu'en fin 1971. Cependant, il est apparu que l'action ne pouvait en aucun cas s'arrêter puisque les conséquences directes et immédiates d'un arrêt de la campagne auraient été catastrophiques. C'est pourquoi, à la demande des trois pays concernés, le F.E.D. a accordé un nouveau financement, à la fin de 1971, pour la poursuite de la campagne. Celle-ci s'étendra sur 2 nouvelles années. Dans l'hypothèse même où le mouvement de repeuplement encouragé tarderait à s'amplifier, il faut se rendre compte que l'amenuisement du réservoir de microfiliaries constitué par les populations humaines en place est encore insuffisant pour que la transmission onchocerquienne soit sanitairesment sans danger dans le cas de réinvasion simuliidienne qui ne manquerait pas de suivre très rapidement l'arrêt de l'opération (la période de longévité de *O. volvulus* chez son hôte est de 15 ans).

Il était donc de première importance pour que les bénéfices acquis en 5 années ne soient annihilés en quelques mois que les campagnes actuelles se poursuivent sans interruption jusqu'à ce que les trois foyers actuellement protégés soient, ou bien inclus dans un projet régional de plus vaste envergure de lutte contre le vecteur de l'onchocercose (projet actuellement en préparation sous l'égide de l'O.M.S.) ou bien pris intégralement en charge par les budgets nationaux.

b) Grand projet régional en préparation

La mission d'études et de préparation du grand projet qui intéresserait tous les foyers situés au centre de la zone de savane de l'Afrique Occidentale (7 pays) a commencé ses travaux courant juillet 1971 et ces rapports correspondants seront disponibles en 1973. La région choisie couvre 206 000 km², compte une population de 3 Mio d'habitants dont 500 000 sont atteints par la maladie et 22 000 aveugles; elle englobe 1 100 000 ha environ de bonnes terres qui sont actuellement non cultivables.

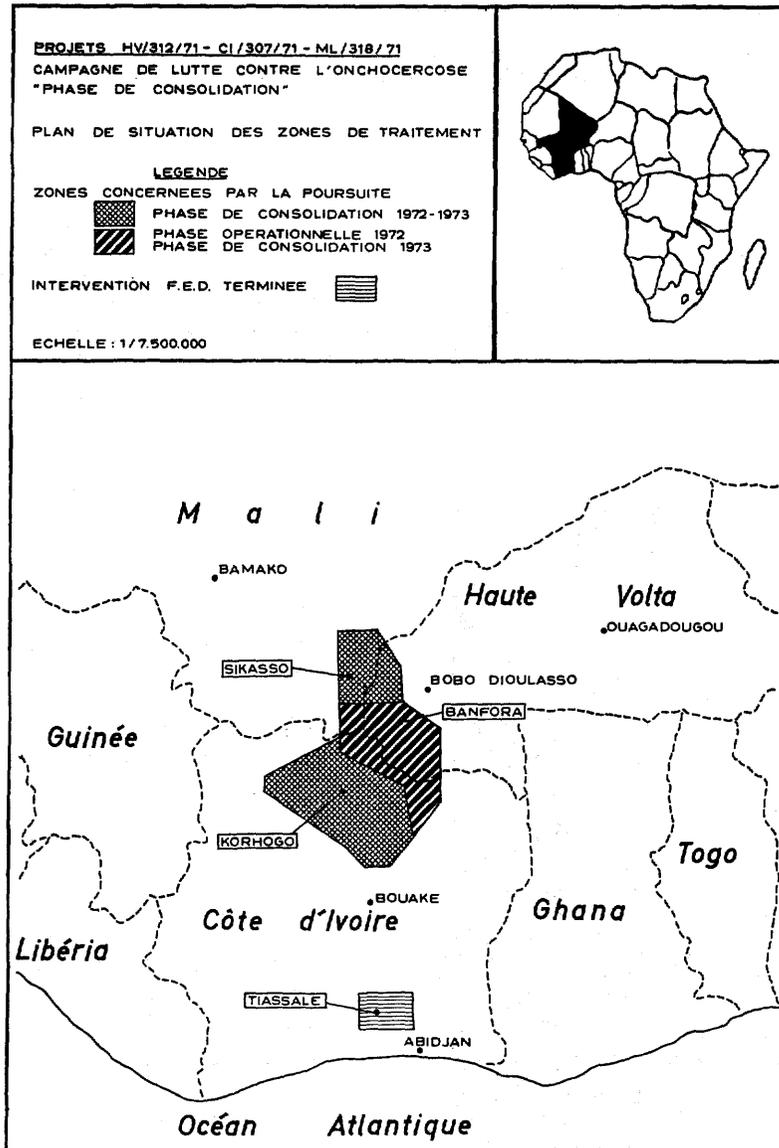
Ces études ont été précédées d'une mission de M^{lle} Blanc (de l'Institut de Recherche économique et de Planification de Grenoble) à titre de consultant de l'O.M.S. qui indique l'ordre de grandeur des bénéfices à attendre de l'opération envisagée. Ces bénéfices escomptables seraient de l'ordre de 12 Mio U.C. au minimum par an pour autant

qu'un schéma de développement agricole des régions soit suivi. Ce chiffre est à comparer au coût estimatif des campagnes : 2 400 000 U.C./an. Le rapport de M^{lle} Blanc jugeait, par ailleurs, favorablement les résultats économiques des campagnes O.C.C.G.E.—F.E.D. en cours.

CONCLUSION

A la simple constatation des résultats concrets de la campagne surtout dans les foyers de Farako et de Korhogo et

dans une moindre mesure dans le foyer de Banfora, il n'est pas douteux que les financements communautaires concernés ont activement incité les organismes internationaux et notamment l'US-AID et l'O.M.S. à se pencher sur l'étude de l'intérêt social et économique d'une lutte contre la grave endémie qu'est l'onchocercose. En outre, la nouvelle contribution du Fonds Européen de Développement, approuvée en décembre 1971, permettra de poursuivre la phase de consolidation de ce projet qui, vu son importance pour la santé des populations et le développement économique des régions, se voit pleinement justifié.



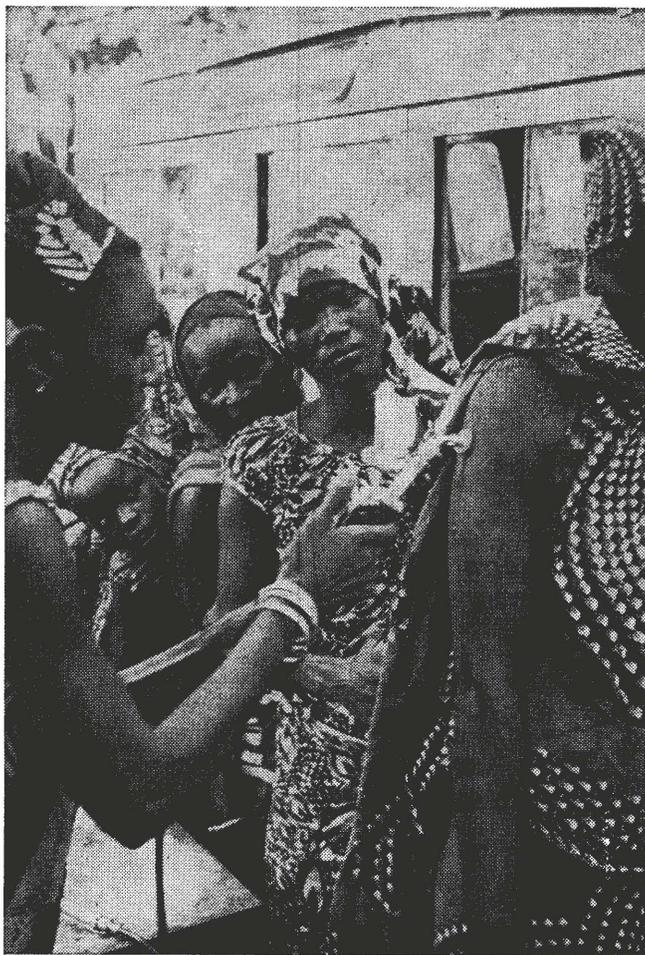
IV. — Les aides pour situations exceptionnelles depuis le début du 3^e F.E.D.

Au titre de l'article 20 de la deuxième convention de Yaoundé, la Communauté peut intervenir pour aider les E.A.M.A. à faire face à des « difficultés particulières et extraordinaires créant une situation exceptionnelle. »

C'est ainsi qu'à huit reprises le 3^e F.E.D. a pu intervenir pour un montant total de 14 296 000 U.C. pour venir en aide à des pays victimes soit du choléra, soit de la sécheresse.

1. L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA

En ce qui concerne l'épidémie de choléra qui a sévi au cours de l'année 1971, le F.E.D. est intervenu au Tchad,



Vaccinations contre le choléra au Niger.

au Niger, au Mali et en Mauritanie. L'action de la Communauté a consisté principalement en la fourniture et l'acheminement de médicaments, de doses de vaccins ainsi que de liquide de réhydratation nécessaire pour le traitement anticholérique (soluté). Le F.E.D. a également fourni 25 véhicules Land-Rover (10 au Niger, 15 au Mali). Des installations de fabrication de soluté ont d'autre part été financées par le F.E.D. au Niger et au Mali.

Si cette maladie constitue une menace pour les pertes de vies humaines qu'elle entraîne, elle a d'autre part des effets sur la vie économique. En effet, cette épidémie faisait fuir les paysans de leur village au risque de compromettre gravement la production agricole.

Au Mali, cette épidémie qui paraissait stoppée en juillet 1971 a pris une nouvelle extension en novembre 1971 dans la partie nord-ouest du pays. Le risque de propagation de la maladie à l'intérieur du pays et aux états voisins était sérieux en raison de la transhumance du bétail qui, accompagné de population, se dirigeait, en cette période de l'année, vers le sud à la recherche de pâturages.

2. LA SÉCHERESSE

Les gouvernements du Sénégal, de Haute-Volta, du Niger et de Somalie se sont adressés à la Communauté pour qu'elle remédie aux conséquences désastreuses engendrées par la sécheresse qui a sévi en 1970/71 sur presque toute l'étendue de leur territoire.

L'aide apportée au **Sénégal** a servi à verser aux producteurs, au début de la campagne agricole 1971-72, une prime d'ensemencement destinée, d'une part, à pallier les conséquences de la diminution sensible de la récolte d'arachide survenue en 1970 et, d'autre part, à favoriser la diversification de la production, notamment vers le sorgho et le mil.

En contrepartie de l'aide apportée par la Communauté, le gouvernement sénégalais s'est engagé à apurer les dettes contractées par les paysans dans le cadre de leur participation au financement des campagnes agricoles.

En Haute-Volta, l'aide du F.E.D. a porté sur la prise en charge des frais de transport, de répartition et de distribution de l'aide alimentaire en nature fournie par la Communauté, ainsi que sur la réalisation d'un programme de sauvetage du cheptel et de restauration de l'économie agricole. Les services publics, les collectivités et l'armée voltaïque ont participé activement aux opérations de sauvetage. Ces opérations ont bénéficié d'une importante aide alimentaire, apportée par les Etats-Unis et le Programme alimentaire mondial (P.A.M.), et complétée par la fourniture de hangars par l'aide bilatérale allemande.

Au Niger, dans le domaine de l'élevage, des pertes importantes ont été enregistrées dues à l'état de sécheresse des pâturages et à l'assèchement des mares. Des épizooties se sont déclarées en certains endroits. C'est pour prévenir une détérioration de cette situation que la Communauté a financé une action de protection sanitaire (campagne systématique de vaccination).

Dans le domaine de l'agriculture, la sécheresse a entraîné une réduction des productions vivrière et arachidière qui a

varié de 10 à 70 % selon les régions et les cultures. La Communauté a financé la reconstitution des stocks de semences d'arachides (7 300 t) qui avaient été consommés par la population.

En Somalie, la sécheresse, en provoquant une réduction considérable de la production vivrière, a entraîné la sous-alimentation et la malnutrition d'une population d'environ 1,5 million de personnes. Cette situation a débouché sur l'apparition d'épidémies qui a entraîné le décès de milliers de personnes. Le bétail a également subi de lourdes pertes provoquées par le manque d'eau et de nourriture et par les épizooties qui en ont été la conséquence.

La Communauté a fourni une aide alimentaire de 8 000 tonnes de maïs. L'aide exceptionnelle financée sur le F.E.D. a pris en charge les frais d'acheminement intérieur de cette aide alimentaire, ainsi que des frais d'hébergement et de nourriture, d'organisation et d'administration des camps de réfugiés, et l'achat de médicaments pour les populations sinistrées.



Cette gerbe de riz n'est-elle pas, face aux maladies et ca-

linités naturelles, symbole de prospérité et de vie!

Les E.A.M.A. et la Communauté Européenne à la 3^e C.N.U.C.E.D.

par M. P. Tran Van Thin

Les E.A.M.A. et la Communauté Européenne ont joué de concert un rôle essentiel tout au long de la troisième session de la Conférence des Nations-Unies sur le Commerce et le Développement (Santiago du 13 avril au 21 mai 1972). Il n'est même pas exagéré d'affirmer que les délégations des E.A.M.A., de la Communauté Européenne et de ses États membres ont contribué à assurer le meilleur succès possible à la Conférence dans une conjoncture internationale peu favorable et surtout instable sur le plan des relations économiques.

1. LA 3^e C.N.U.C.E.D. S'EST TENUE A UN MOMENT PEU PROPICE

La 3^e C.N.U.C.E.D. a eu lieu dans un contexte particulièrement difficile.

L'évolution de la situation monétaire et économique continuait d'être incertaine et très préoccupante pour l'économie du Tiers-monde. Les relations monétaires et économiques entre les pays développés étaient en pleine mutation et les ajustements en gestation laissaient prévoir de graves répercussions sur tout le processus du développement des pays moins favorisés. Les grands ensembles économiques se préparaient à des négociations commerciales de vaste portée prévues pour 1973 et en tout cas à de difficiles confrontations.

Il faut y ajouter d'autres éléments de nature à accroître les incertitudes. Tout d'abord, à la veille des élections présidentielles aux États-Unis, l'administration Nixon avait évidemment des difficultés à s'engager dans de nouveaux efforts en faveur du développement. Ensuite, pour ce qui est de l'Europe, la Communauté Européenne continuait à honorer les engagements pris lorsqu'elle était à Six mais ne pouvait aller au-delà. En effet, il appartiendra à partir du 1^{er} janvier 1973 aux institutions de la Communauté à Dix d'approfondir et de développer les différentes politiques communautaires et, pour ce qui concerne les problèmes traités à la C.N.U.C.E.D., d'élaborer les voies et moyens d'une politique de coopération au développement qui soit à la mesure des dimensions nouvelles de la Communauté. Enfin, il faut relever les divergences entre les trois continents en développement et entre les pays qui les composent. Les

préoccupations et les intérêts des pays du Tiers-monde étaient loin d'être convergents. De ce fait, leur force et leur poids s'en étaient quelque peu ressentis dans la présentation de leurs revendications et dans leur désir de participer au règlement des affaires du monde.

2. LES RÉSULTATS DE LA 3^e C.N.U.C.E.D. SONT MODESTES MAIS SÉRIEUX

C'est en tenant compte de ce contexte peu propice qu'il convient d'apprécier les résultats de la 3^e C.N.U.C.E.D. Sans doute, est-il trop tôt pour mesurer valablement toute la portée économique, et surtout politique, de ces résultats. Cependant, il est possible de procéder à une première évaluation.

Au départ, pour tout observateur averti, il était clair que le maximum de ce qui pouvait être obtenu était de créer un cadre favorable permettant ultérieurement une amorce de la mise en œuvre de nouveaux principes, notamment le plus fondamental : celui d'associer les pays en voie de développement au processus de prise de décision pour les affaires monétaires et économiques mondiales.

Cet objectif a été pleinement atteint.

Tout d'abord, pour les affaires **monétaires**, la Conférence a adopté, après des négociations difficiles et prolongées, une résolution importante.

Par cette résolution, la Conférence — « reconnaît qu'un système de coopération monétaire plus satisfaisant, avec la participation la plus large des pays en voie de développement est souhaitable... »

— « appuie fermement l'opinion selon laquelle les pays en voie de développement devraient participer effectivement au processus de prise de décision du système monétaire international et à sa réforme... »

— « prie instamment le Fonds Monétaire International d'achever l'examen de tous les aspects des propositions relatives à l'établissement d'un lien entre les droits de tirage spéciaux et le financement du développement... »

Ensuite, pour les affaires **commerciales**, une résolution a été adoptée par la Conférence pour « assurer à tous les pays en voie de développement la possibilité de participer **pleinement, efficacement et de manière continue** aux négociations, dans **toutes leurs phases**, de manière à ce qu'il soit **tenu pleinement compte de leurs intérêts** ».

Pour ces deux problèmes essentiels, les consensus obtenus étaient des consensus de procédure mais leur importance est considérable. Quant au reste, il s'agit d'affaires de routine.

En premier lieu, pour les mesures spéciales en faveur des **pays en voie de développement les moins avancés**, la résolution adoptée par la Conférence était d'importance. C'était un succès pour l'action menée par le Groupe des « 77 » et surtout par les « 25 » pays reconnus comme formant le noyau dur des pays les moins avancés. Cette résolution enregistre des concessions réelles obtenues sur les pays industrialisés, notamment pour ce qui concerne l'accroissement du volume de l'aide accordée aux moins avancés, l'amélioration des conditions et l'assouplissement des modalités de l'aide.

D'autres résolutions ont pu être adoptées parfois à l'unanimité et souvent à la majorité des voix. Dans ce dernier cas, leur portée a été sérieusement amoindrie. Ces résolutions portaient sur d'autres matières : produits de base (notamment accord international sur le cacao, stabilisation des prix des produits primaires et rôle de la B.I.R.D., intensification des consultations intergouvernementales sur des produits de base du point de vue de l'accès aux marchés et de la politique des prix), articles manufacturés (mesures d'aide aux aménagements de structure, pratiques commerciales restrictives, sous-traitance internationale, promotion des exportations, libéralisation des obstacles non tarifaires), questions institutionnelles (notamment création de nouveaux organes permanents tels que le Comité spécial des préférences et le Groupe intergouvernemental pour les pays les moins avancés) etc.

3. LA COOPERATION ENTRE LES DÉLÉGATIONS DES E.A.M.A. ET DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE A ÉTÉ FRUCTUEUSE ET EXEMPLAIRE

La coopération entre les délégations des E.A.M.A. et de la Communauté Européenne avait été préparée soigneusement à Bruxelles. Sur place, la concertation a été pratiquement permanente, à en juger par le nombre important de réunions d'information et de consultation et les contacts établis à tous les niveaux.

Sur le **fond des problèmes**, l'élément le plus important, et souvent méconnu, à faire valoir, était que les E.A.M.A. ont réussi à établir indiscutablement entre les « 77 » et les pays industrialisés une espèce de pont pour la compréhension mutuelle des problèmes propres à chaque partie. En faisant valoir avec franchise auprès des représentants de la Commu-

nauté Européenne et de ses Etats membres les points de vue de l'ensemble des pays en voie de développement, les E.A.M.A. ont servi la cause du Tiers-monde directement auprès de leurs associés d'Europe et indirectement auprès des autres pays industrialisés. Dans l'autre sens, les représentants de la Communauté Européenne et de ses Etats membres se sont efforcés d'obtenir des E.A.M.A. et indirectement des autres pays en voie de développement, leur compréhension pour les limites de leurs possibilités d'action. Ensemble les E.A.M.A. et la Communauté Européenne ont tenté — et ont réussi pour l'essentiel — de faire progresser la coopération dans un sens favorable aux pays du Tiers-monde. Certes, il faut préciser que les E.A.M.A. et la Communauté ont été extrêmement vigilants dans la protection de leurs intérêts légitimes.

Sur le plan de la **tactique**, il faut reconnaître que les E.A.M.A. ont aidé, souvent de manière décisive, la Communauté Européenne à se défendre des critiques portant sur les incidences de son intégration et de son élargissement.

D'une façon générale et dans les circonstances que l'on connaît, les E.A.M.A. ont tout lieu d'être satisfaits des résultats de la 3^e Conférence. Ils ont contribué, malgré des divergences latentes avec d'autres groupes géographiques des « 77 », à affirmer la personnalité de l'Afrique, à parvenir aux consensus essentiels de procédure sur les affaires monétaires et commerciales et enfin à obtenir un accord important de substance sur les mesures spéciales en faveur des pays les moins avancés.

Pour ce qui concerne la Communauté, l'action de sa délé- gation et de celles de ses Etats membres a été déterminante en faveur de la participation effective de tous les pays en voie de développement à la préparation des futures négociations commerciales de vaste portée et aux négociations elles-mêmes et surtout à la réforme du système monétaire international, sans oublier la reconnaissance du principe du lien établi entre les droits de tirage spéciaux et le financement du développement.

Les résultats de la 3^e C.N.U.C.E.D. ouvrent donc de larges perspectives pour améliorer la coopération au développement pour autant que la volonté politique ne fasse pas défaut. De la Communauté élargie, on attend la réalisation concrète et audacieuse d'une politique de développement réaliste et cohérente. La Communauté Européenne peut et doit prendre la tête de ce mouvement qui porte les pays en voie de développement à revendiquer l'établissement d'une nouvelle et réelle relation du « **partnership dans le progrès** ».

En tout état de cause, « une coexistence infiniment prolongée entre la misère et la richesse n'est plus possible dans le monde d'aujourd'hui ! » (Déclaration de Lima).

P. TRAN VAN THIN

Du nouveau pour les boursiers du F.E.D.

par M. A. de Briey

Établissement d'un programme pluriannuel et par État associé pour les bourses octroyées par la C.E.E. aux ressortissants des E.A.M.A. (1).

La convention d'association de Yaoundé II, comme les précédentes, inscrit dans son Protocole n° 6, dans le cadre de la coopération technique générale prévue à l'article 19, l'attribution de bourses d'études, de stages et d'enseignement par correspondance pour la formation et le perfectionnement des ressortissants des États associés.

Ce programme était réalisé jusqu'à l'année académique 1971/1972 sur la base d'un programme annuel pour l'ensemble des États associés. Ce programme financé à l'origine à part entière sur le budget de la Commission des Communautés européennes, a, pour la suite, été pris en charge lors de la première Convention de Yaoundé, pour une part seulement par le budget de la Commission, le reste relevant du budget du Fonds Européen de Développement. La deuxième Convention de Yaoundé prévoit la totalité du financement du programme de bourses sur le budget du Fonds Européen de Développement.

Ce programme annuel et global donnait lieu à certaines difficultés :

- le budget global ne prévoyait pas de répartition entre les différents pays bénéficiaires et amenait à des disparités, parfois assez sensibles, dans l'attribution des bourses aux États associés;
- la procédure utilisée subordonnait la reconduction et l'attribution des bourses à la date d'approbation d'un budget par le Comité du Fonds Européen de Développement et la Commission des Communautés Européennes;
- les boursiers ne pouvaient avoir la garantie de la poursuite et de l'achèvement de leurs études si une nouvelle Convention ne venait pas à être signée. La garantie

(1) Le Comité du F.E.D. a émis un avis favorable sur ce programme lors de sa réunion du 13 juillet 1972 et la Commission des Communautés Européennes a pris la décision de financement le 26 juillet 1972.

qui leur était donnée n'avait que la valeur d'un engagement moral.

Les différentes modalités de ce programme de bourses ont donc suscité de la part des services de la Commission une série de réflexions sur la possibilité de revoir le financement annuel et global sur la base d'un lien plus étroit avec la formation elle-même.

C'est cette orientation nouvelle qui a été soumise à l'approbation des Gouvernements au cours des trois missions qui, du début du mois de mars 1972 à la fin du mois d'avril 1972, se sont rendues dans les dix-huit États associés.

A ce propos, il est utile de rappeler que le financement du programme de bourses intervenant maintenant, comme il l'a déjà été souligné, dans sa totalité sur le budget du Fonds Européen de Développement, c'est aux Gouvernements qu'appartient la fixation du choix des priorités à accorder dans leurs investissements et la décision de la part qu'ils souhaitent voir consacrée à la formation par rapport aux investissements matériels.

Les Gouvernements des États associés doivent être conscients que l'augmentation du nombre de bourses qu'ils soumettraient ne pourrait être prise en considération qu'en fonction de la suppression de projets d'investissements déjà programmés.

L'orientation nouvelle, qui prévoit un budget pluriannuel et par État associé, répond, d'une certaine façon, à la contradiction existante entre une formation nécessairement pluriannuelle et un budget annuel. D'autre part il convient de souligner que :

- les formations engagées dans les dernières années du F.E.D. seront assurées d'un engagement non plus seulement moral mais financier, et ce même pour des formations dont l'achèvement dépasserait la date d'expiration de la Convention, à savoir le 31 janvier 1975. Il en est de même avec un projet d'investissement dont l'engagement doit être pris dans les limites de la Convention mais dont l'achèvement peut évidemment se prolonger au-delà de ces limites. D'où la nécessité de concevoir la formation comme un investissement proprement dit, un investissement humain.
- le budget par État associé qui couvrira les trois dernières années restantes du Fonds Européen de Développement permettra aux Gouvernements de programmer leurs besoins en formation et de lier cette formation aux secteurs d'activités qui sont actuellement en pleine croissance ou qui sont appelés à se développer dans un proche avenir.

Les études poursuivies dans les services de la Commission ont permis de rendre attentifs les Gouvernements des États associés sur plusieurs facteurs :

— **Coût de la formation** — Le calcul du coût de la formation tant en Europe qu'en Afrique ou à Madagascar a montré que la valeur moyenne d'une bourse en Europe varie du simple au double par rapport à la valeur moyenne d'une bourse en Afrique.

D'autre part, le coût d'une bourse tient compte également de la nature des études suivies et l'attention des gouvernements a été attirée sur le coût relativement élevé de certaines formations qui ne répondait pas toujours aux exigences du développement de chaque pays.

— **Affectation des boursiers** — Ces considérations doivent amener les Gouvernements à réexaminer les possibilités de formation en Afrique ou à Madagascar, en étant conscients alors que, si les besoins l'imposaient, le nombre de cadres formés pourraient sensiblement être le double. Ce retour progressif des formations en Afrique est d'autant plus à prendre en considération si l'on tient compte du développement de l'infrastructure scolaire et universitaire qui a été implantée ces dernières années en Afrique.

Cette orientation qui ramènerait, dans toute la mesure du possible, les formations en Afrique ou à Madagascar, aurait l'avantage de permettre aux étudiants de rester davantage en contact avec les problèmes posés par le développement de leur propre pays sans les déraciner et sans poser le problème de leur réadaptation après plusieurs années passées en Europe. Sans compter, en outre, les inévitables fixations de certains boursiers en Europe.

— **Niveau des formations** — L'examen de la répartition des boursiers a montré également que le pourcentage de formation au niveau supérieur était trop élevé. De là apparaît une absence marquée de formations au niveau moyen ou professionnel dont ont besoin les États associés.

L'excès de formations au niveau supérieur doit être un souci pour les gouvernements s'ils ne veulent pas se trouver, demain, avec un nombre trop important de cadres supérieurs et un manque total de cadres moyens.

— **Secteurs d'intervention** — Il convient de rappeler tout d'abord que les secteurs d'intervention du Fonds Européen de Développement se situent dans les domaines agricole, technique et économique. Il s'est avéré que la répartition des bourses dans ces différents domaines présentait des anomalies, certains domaines choisis ne correspondant pas aux besoins prioritaires des États et aux investissements nécessaires dans tel ou tel secteur. Le domaine agricole pour certains pays, par exemple, se voyait défavorisé alors que les besoins du pays tendent à des formations de ce type.

Les discussions intervenues au niveau gouvernemental dans chacun des dix-huit États associés ont amené aux conclusions suivantes :

- Les gouvernements ont marqué un accord total sur la modification du programme annuel des bourses en un programme pluriannuel et par État associé.
- La nécessité de lier les formations aux besoins créés par le développement des pays et aux projets d'investissement. Et, dans cette optique, la nécessité d'envisager une meilleure répartition des niveaux de formation jusqu'ici trop axés sur le niveau supérieur et qui n'a pas tenu compte des besoins de cadres moyens.
- L'opportunité d'envisager, autant que possible, la formation dans les États associés dans le souci de ne pas éloigner les futurs cadres des problèmes de leur propre pays.
- Les gouvernements se sont montrés d'accord sur les limites de l'intervention financière dans le domaine de la formation afin de ne pas porter atteinte aux projets d'investissements approuvés ou soumis.
- Les gouvernements ont marqué leur volonté de planifier leurs besoins en formation. Et pour ce faire, ils ont été conscients de la nécessité et de l'intérêt d'analyser, sur le plan général, toutes les formations accordées soit par l'aide gouvernementale soit par toutes formes d'aides qu'elles soient bilatérales ou multilatérales.

A. de BRIEY

L'Hôpital national de Nouakchott

Lorsque le 5 mars 1958 Maître Moktar Ould Daddah, à l'époque Vice-Président de la Mauritanie, a posé la première pierre de la capitale à créer de toutes pièces, il fallait prévoir toutes les infrastructures économiques et sociales d'une ville moderne. D'un point de vue général, l'équipement sanitaire du pays était très insuffisant, ne permettant que des soins élémentaires. Les malades atteints d'affections graves devaient être évacués sur les hôpitaux de Saint-Louis et de Dakar. La construction d'un Hôpital National à Nouakchott était donc un impératif absolu.

Grâce à une subvention de 620 millions de F CFA le Fonds Européen de Développement a financé, à partir de 1961, la première tranche de ce projet qui comprend également une école d'infirmiers et de sages-femmes.

Il s'agit dans sa totalité d'une nouvelle construction réalisée sur la base d'un projet rédigé par un bureau d'architectes avec les conseils d'un médecin expert.

L'ensemble est formé par :

— **Hôpital :**

— un bâtiment comprenant :

au rez-de-chaussée : administration — urgence et bloc radiologie,

au premier étage : bloc opératoire avec deux salles d'opération et hospitalisation prévue pour 52 lits,

au deuxième étage : médecine générale et hospitalisation prévue pour 43 lits;

— un bâtiment rez-de-chaussée : laboratoire et pharmacie;

— un bâtiment rez-de-chaussée : maternité et hospitalisation prévue pour 20 lits;

— un bâtiment rez-de-chaussée : consultations — soins externes;

— un bâtiment rez-de-chaussée : contagieux — hospitalisation prévue pour 20 lits;

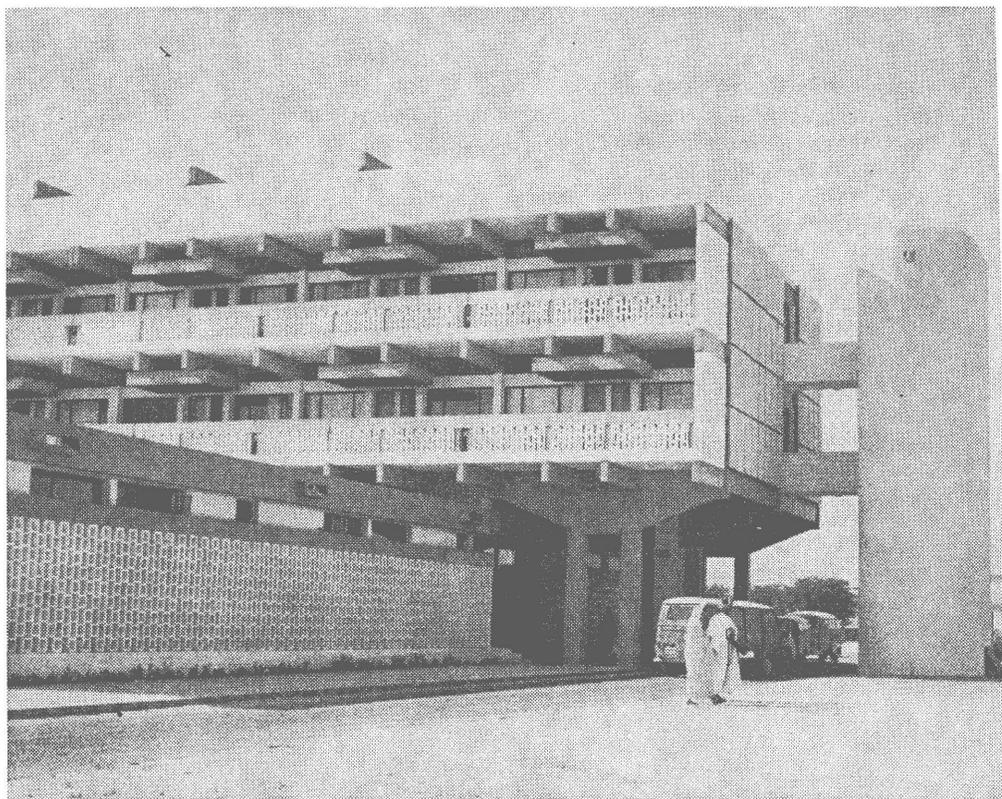
— un bâtiment rez-de-chaussée : cuisine — buanderie plus un sous-sol de service (garage — magasin);

— un bâtiment rez-de-chaussée : morgue;

— un bâtiment rez-de-chaussée : pour habitation et loge du gardien.

— **École d'infirmiers :** un bâtiment à un étage sur rez-de-chaussée.

— **Logements :** bâtiments à rez-de-chaussée formant des villas jumelées.



Cette rubrique est alimentée principalement par les rapports transmis par les contrôleurs délégués et techniques du F.E.D dans les E.A.M.A.

L'ensemble de la superficie construite est d'environ 9 000 m². Les aménagements extérieurs comprennent en outre :

- adduction d'eau et d'électricité à partir des réseaux de la ville, y compris une cabine de transformation;
- voirie interne et réseau d'égoûts;
- clôture avec grillage métallique et deux portails;
- plantations diverses.

L'Hôpital a été entièrement équipé de tout le nécessaire pour en permettre le bon fonctionnement.

L'objectif principal était donc de doter le pays d'un Hôpital National digne de ce nom et équipé d'un matériel médical et chirurgical qui lui permettrait de jouer le rôle de centre national de diagnostics et de traitements pour les affections réclamant une certaine spécialisation. Étant donné que la majorité des malades seraient des nomades, il a fallu prévoir des zones annexes de campement et d'hébergement.

L'École d'infirmiers et de sages-femmes annexée à l'Hôpital a pour but de former le personnel de la santé locale recruté soit au niveau des études secondaires, soit au niveau des infirmiers brevetés pour leur faire acquérir le diplôme d'infirmiers d'État. De plus, elle organise des séances de recyclage pour les infirmiers déjà en service dans les diverses formations.

Les dix logements de standing différent pour le personnel sanitaire

sont destinés à héberger le personnel de l'assistance technique pour une période encore indéterminée.

Vu l'absence totale d'un service adéquat dans la capitale, l'Hôpital a été affecté, dès sa mise en service, conformément aux prévisions du projet. L'utilité et la nécessité de l'Hôpital sont incontestables. L'évolution de la fréquentation donnée ci-après justifie cette constatation.

L'augmentation de la capacité s'est faite par adjonction de lits supplémentaires au détriment de l'espace vital de chaque malade. Malgré cela certains services sont obligés soit d'opérer un choix sélectif, soit de garder des malades pouvant être suivis en ville un strict minimum de temps, situation particulièrement nette pour la maternité et la chirurgie qui manque de local adéquat pour la réanimation. Par ailleurs l'ORL-OPH ne dispose que de 14 lits et l'absence de pédiatrie se fait cruellement sentir.

Suite à un accroissement de la population à Nouakchott qui, de loin, a dépassé toutes les prévisions, et à l'amélioration du réseau et des moyens de transport à l'intérieur du pays, un nombre croissant de malades de tout le territoire a afflué vers l'Hôpital. La capacité d'hospitalisation fixée à 135 lits au total a dû être portée à 212 lits en augmentant le nombre de lits par chambre. L'évolution de la fréquentation des différents services est éloquent. En ce qui concerne le nombre de malades hospitalisés et le nombre de journées d'hospitalisation, l'évolution a été la suivante de 1967 à 1972 :

	1967	1969	1972 (estimations)
Nombre de malades hospitalisés	3 958	5 894	8 000
Journées d'hospitalisation	52 194	71 812	80 000

Il convient de remarquer qu'on peut espérer au mieux 80 000 journées à l'avenir, car le coefficient d'hospitalisation, qui exprime le rapport entre journées d'hospitalisation et capacité de l'Hôpital, est passé de 88,10 % en 1969 à 95,15 % en 1970. En tenant compte des lits réservés aux urgences et des lits inutilisables temporairement pour réfections diverses c'est donc une utilisation quasi-maximale de l'Hôpital qui est faite. Actuellement, il y a une véritable saturation des moyens en place.

Il apparaît donc que de 1967 à 1972 le nombre de malades a doublé et que le coefficient d'hospitalisation arrive à saturation.

Depuis la création de cet Hôpital sont apparues diverses raisons impérieuses pour une extension, prévue d'ailleurs dans la Convention de financement de la première tranche. Ces raisons impérieuses sont les suivantes :

ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE

	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Médecine	43	53	55	59	59	59
Tuberculeux	20	28	28	35	35	35
Chirurgie	52	62	61	61	61	76
Maternité	20	23	23	23	23	28
ORL-OPH	—	14 ⁽¹⁾	14	14	14	14
TOTAL	135	180	181	192	192	212

(1) Pris aux dépens du foyer et de la salle d'attente de la maternité.

- l'accroissement de la population de Nouakchott qui a de loin dépassé toutes les prévisions. On l'estime à près de 80 000 habitants en 1972;
- l'amélioration du réseau et des moyens de transport à l'intérieur du pays a créé un afflux sans cesse croissant des malades de tout le territoire vers l'Hôpital de Nouakchott.

Cette extension n'étant pas encore intervenue, les services de santé ont dû pallier cette situation en augmentant de manière irrationnelle le nombre de lits, d'où un sur-emploi des réalisations de 1966.

Les services assurés pour chaque lit le sont dans des conditions particulièrement difficiles en raison du manque de place.

L'Hôpital de Nouakchott, grand complexe moderne, à allure d'immeuble à étages, a suscité de nombreuses discussions. Les promoteurs de l'architecture moderne le considèrent comme une pièce magistrale de l'art de construire qui correspond parfaitement aux conditions locales. Situé à l'endroit le plus élevé, il domine toute la ville. Son toit « ondulé » permet de le repérer de loin. Vu son caractère d'Hôpital national, l'architecte a voulu lui donner, par son style particulier, une valeur symbolique.

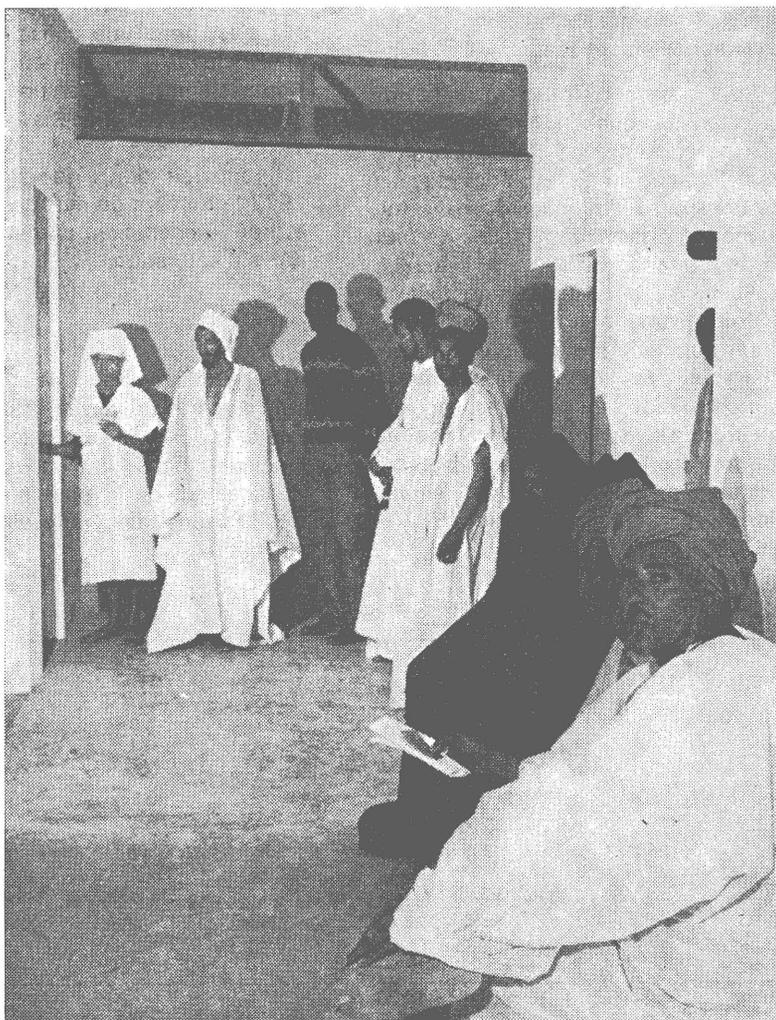
A cette vue des esthéticiens s'oppose la conception des fonctionnalistes qui auraient préféré une solution moins coûteuse et mieux adaptée aux besoins hospitaliers de la Mauritanie. Cette querelle d'école ne sert à rien sinon à tirer des conclusions en vue

de l'extension prévue de l'Hôpital. En effet, les services mauritaniens de santé estiment que l'extension ne doit pas être réalisée suivant les mêmes critères. Ils proposent de faire appel, pour les parties entièrement nouvelles, à une disposition pavillonnaire, de style et de conception plus légers, articulée ou non, par des galeries couvertes, sur les bâtiments existants. Le style, espère-t-on, correspondrait mieux au train de vie des malades, souvent nomades, qui s'adaptent difficilement à une vie « en béton » et à l'étage. Le style pavillonnaire permettrait également aux nombreux parents désireux d'être à côté de « leur malade » de s'y installer sans encombrer les chambres déjà surchargées. Cette vie en famille a en effet entraîné une série d'inconvénients qu'il est difficile de surmonter. Il paraît inhumain à un nomade, et non seulement pour celui-ci, de laisser dans l'isolement un membre de la famille, surtout quand il est malade.

Malgré ces quelques critiques qui ont été formulées relatives à la conception de l'Hôpital de Nouakchott, celui-ci a rempli son rôle d'Hôpital national. Les statistiques données ci-dessus prouvent la nécessité d'un tel Hôpital. Son extension ne va qu'agrandir sa fonction dans le secteur sanitaire en Mauritanie.

La mise en place du financement de l'extension sur les ressources du F.E.D., pour laquelle les services de la Direction Générale de l'aide au Développement se sont déjà favorablement prononcés, interviendra dès que le dossier technique aura été mis définitivement au point, et vraisemblablement dans le courant de l'année 1973.

Eberhard STAHN



*File
d'attente
avant la
consultation*

Les exigences de la pagination et de l'actualité obligent à reporter au numéro 16 la publication de la 3^e partie du rapport sur les projets agricoles financés par le F.E.D. au Rwanda.

BIBLIOGRAPHIE

OMAR WILLANE. — **L'Afrique des réalités.** — Éditions « La Pensée Universelle ». — Paris, 1971.

Alors que l'Europe s'organise sur des bases plus larges, l'Afrique cherche les solutions qui lui permettraient de sortir de ses structures anarchiques et périmées. Les révoltes du Tiers-Monde, les luttes pour les indépendances, les problèmes économiques et politiques ont contribué à sensibiliser le monde à la division internationale du travail. Aujourd'hui le sous-développement est devenu un phénomène mondial auquel les esprits sont de plus en plus sensibilisés mais où les difficultés d'action apparaissent dans toute leur ampleur.

Tels sont les thèmes principaux développés par l'écrivain sénégalais Omar Willane. Dans cette étude complète et originale, il fait le tour des problèmes qui se sont posés et se posent toujours tant à l'Afrique qu'au Tiers-Monde.

LOUIS-PAUL AUJOULAT. — **Santé et développement en Afrique.** — Institut international d'administration publique (I.I.A.P.). — Éditions Armand Colin, 1970.

Deux thèmes, habituellement séparés, sont ici rapprochés dans l'ouvrage du docteur Aujoulat : santé des communautés et dynamique du développement. Cette perspective suppose que ne soient pas opposés les aspects économiques de la santé et les aspects sanitaires de l'économie, mais que primauté soit donnée à l'homme, mis au centre du débat : l'homme vivant en communauté. Le docteur Aujoulat dresse d'abord un bilan très complet de la situation et des aspirations des communautés africaines qu'il connaît si bien. Puis, il dégage les perspectives d'action et les problèmes qui se posent aux responsables de la santé publique, problèmes moins de doctrine que de choix des priorités en utilisant les trois piliers d'une action efficace : prévenir, guérir, éduquer. Apparaît aussi l'évidence d'une inter-réaction constante entre l'évolution du développement de la santé et les données économiques.

Quelle que soit l'orientation choisie pour la politique sanitaire du pays, que la médecine s'oriente vers une nationalisation générale, une libéralisation progressive ou un mélange harmonieux et dirigé des deux, c'est finalement le degré de conscience du corps médical ou paramédical qui commandera l'évolution.

Il importe aussi de mettre l'accent sur la nécessité d'une solidarité qui, devant exister au niveau national, doit s'exercer hors du cadre rétréci des frontières et s'appuyer, au plan universel, sur les institutions internationales existantes et l'apport de pays plus expérimentés.

Ce livre documenté et vivant fait le point sur un sujet capital.

LOUIS-PAUL AUJOULAT. — **Action sociale et développement.** — Institut international d'administration publique (I.I.A.P.). — Éditions Armand Colin, 1969.

L'ouvrage « Action Sociale et Développement » se situe dans la perspective de « l'homme en communauté » et dans la dynamique d'un « humanisme du développement à inventer », suivant la formule de M. Maheu, directeur général de l'Unesco. Le sous-développement ne constitue pas un fait nouveau, il n'est synonyme ni de misère, ni de civilisation inférieure; il apparaît comme le prise de conscience, entièrement nouvelle, d'un décalage de bien-être et du retard d'équipements qui en est cause, entre l'Occident et la majorité des peuples de couleur. Comment diminuer ce décalage, en respectant les valeurs profondes des civilisations traditionnelles?

Monsieur Aujoulat étudie, dans une première partie, l'attitude des Etats concernés devant le processus de leur développement social; dans une deuxième partie, il étudie les dimensions des phénomènes de la faim et de l'explosion démographique, les besoins de l'enfance et la place de la famille; enfin, dans une 3^e partie, il réfléchit sur l'évolution de la jeunesse au milieu de ces transformations sociales et sur la question de savoir comment l'éducation peut l'amener à

faire face aux responsabilités nouvelles.

Il termine en développant l'expression de M. Maheu « l'humanisme est à inventer »; l'homme est au cœur du développement, comme matériau et comme objet, mais aussi comme levier et comme fin.

MARTIN EKWA. — **Pour une société nouvelle : l'enseignement national.** — Éditions du B.E.C. Kinshasa. — République du Zaïre, 1971.

Le fait singulier de l'histoire de chaque peuple doit faire surgir des réponses neuves, originales. Ce livre illustre ce propos dans le domaine de l'éducation et dans un pays qui refuse d'adopter des solutions conventionnelles. Les recherches concernant l'enseignement national ont pour but de tendre vers un équilibre entre l'héritage de l'avenir et l'expérience du passé, entre les contingences politiques et les exigences socio-culturelles du développement. Cela requiert compétence et imagination car former l'homme du développement, le former à la fois dans la tradition, dans l'ouverture et la solidarité en vue d'une société nouvelle dont la genèse s'effectue sous nos yeux, doit être l'ambition des éducateurs.

PIERRE GOUROU. — **Leçons de géographie tropicale.** — Editions Mouton, 1972.

M. Gourou dresse le bilan de ses travaux et indique les perspectives qui s'offrent au chercheur en matière de géographie tropicale. Il détruit des mythes tenaces, celui de la fertilité des terres du monde chaud, par exemple. Il montre, dans un premier temps, ce que les tropiques ont de difficile. Il a constaté que les réussites ne s'expliquent pas uniquement par les différences dans l'environnement. Elles tiennent aussi aux hommes. Il s'est interrogé sur ce qui assure ici le succès d'un groupe et explique l'échec d'un autre. La différence des technologies n'est pas décisive, mais la manière d'organiser l'espace, d'encadrer les individus.

