



Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIERES

	Pages
B. Commission des Déterminants sociaux de la Santé : moyens à donner aux communautés locales pour atteindre les objectifs en matière de santé et rôle des responsables locaux	2
F. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux	2
I. Prévention et lutte anticancéreuses (résolution WHA58.22) : cancer du col de l'utérus.....	4
J. Réduction de la mortalité mondiale par rougeole	5
Mesures à prendre par le Conseil exécutif	7

B. COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE : MOYENS A DONNER AUX COMMUNAUTES LOCALES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS EN MATIERE DE SANTE ET ROLE DES RESPONSABLES LOCAUX

1. La Commission des Déterminants sociaux de la Santé a pour but d'aider les pays à s'attaquer aux inégalités en matière de santé parmi les groupes sociaux en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. L'engagement des communautés et des responsables locaux est déterminant à cet égard. Il contribuera à faire progresser les objectifs de la société civile liés aux déterminants sociaux ; à renforcer les capacités des associations participantes de la société civile ; à améliorer l'apprentissage au niveau de la communauté ; à promouvoir des mesures élaborées sur la base du savoir de la société civile ; à élargir la portée politique des messages de la Commission ; et à améliorer les chances pour les travaux de la Commission d'avoir un impact durable.

2. Afin de développer la collaboration avec la société civile, la Commission a encouragé les associations à jouer un rôle actif dans ses travaux. Ainsi, des « facilitateurs » de la société civile, c'est-à-dire les principaux réseaux présents en Afrique, dans les Amériques, en Asie et en Méditerranée orientale ont été invités à apporter leur contribution pour infléchir les recommandations de la Commission.

3. La volonté manifestée par la Commission d'associer la société civile montre l'importance qui doit être accordée non seulement au résultat final mais aussi aux méthodes par lesquelles on obtient ce résultat. D'une manière générale, les principes de l'éthique et des droits de l'homme exigent non seulement que les résultats des orientations politiques et sociales favorisent le bien-être humain, mais aussi que les populations participent activement à l'élaboration des choix politiques qui ont des répercussions sur leur vie. Les populations, y compris les groupes marginalisés, devraient participer au processus complexe consistant à mettre en pratique les valeurs d'équité et de dignité humaine, et ne pas se contenter du statut de bénéficiaires que leur confèrent les autorités ou les organismes privés. La Commission est en mesure de mettre en place un processus faisant activement participer les représentants de la société civile et les communautés à ses mécanismes.

F. SANTE PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIETE INTELLECTUELLE : VERS UNE STRATEGIE ET UN PLAN D'ACTION MONDIAUX

4. Le Groupe de travail intergouvernemental sur la Santé publique, l'Innovation et la Propriété intellectuelle constitué en vertu de la résolution WHA59.24 a tenu sa première session du 4 au 8 décembre 2006 à Genève. Il a élu M. P. Oldham (Canada) Président et les personnes suivantes Vice-Présidents : M. B. Wijnberg (Pays-Bas), le Dr H. Gashut (Jamahiriya arabe libyenne), le Dr A. E. O. Ogwel (Kenya), M. Jaya Ratnam (Singapour) et M. N. Dayal (Inde). Le Dr Ogwel a également été désigné Rapporteur.

5. Le Groupe de travail est chargé d'élaborer, en suivant les recommandations de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, une stratégie et un plan d'action mondiaux qui serviront de cadre à moyen terme ayant notamment pour objectifs d'assurer une base plus solide et durable pour les activités essentielles de recherche-développement en santé axées sur les besoins, qui intéressent des maladies touchant de manière disproportionnée les pays en développement. Dans la résolution WHA59.24, il était demandé au Groupe de travail de présenter la stratégie et le plan d'action à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

6. Afin de solliciter la contribution d'un groupe aussi large que possible de parties intéressées, une consultation publique a été organisée sur un site Web en novembre 2006. Les gouvernements, les milieux universitaires, les partenariats public-privé, les partenariats pour le développement de produits et l'industrie ont fait 32 propositions.¹
7. Les Etats Membres et les organisations d'intégration économique régionale qui avaient déjà pris des mesures pour mettre en oeuvre certaines dispositions de la résolution WHA59.24 ont exposé leur travail au Groupe.
8. Le Groupe de travail a étudié six éléments susceptibles de figurer dans un plan d'action : ordre de priorité des besoins concernant la recherche-développement ; promotion de la recherche-développement ; renforcement de la capacité d'innovation ; amélioration de la distribution et de l'accès ; existence de dispositifs de financement durable ; et mise en place de systèmes de surveillance et de notification. Lors de la discussion qui a suivi, les Etats Membres ont décidé qu'il fallait faire ressortir le transfert de technologie et la gestion de la propriété intellectuelle et les ajouter aux autres éléments. Les huit éléments ont tous été examinés.
9. Le Groupe de travail a également étudié les éléments d'une stratégie mondiale fondée sur la Constitution de l'OMS, le rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique,² la résolution WHA59.24 et d'autres résolutions adoptées récemment sur des questions pertinentes. Il a aussi tenu compte des travaux antérieurs, y compris des résolutions de l'Assemblée de la Santé et des travaux de la Commission.
10. Un document³ rendant compte de l'état d'avancement des travaux du Groupe de travail a été établi et distribué aux participants pour examen et commentaires. Il a été décidé que les contributions supplémentaires au plan d'action et à la stratégie devraient parvenir au Secrétariat au plus tard à la mi-février 2007. Un document de travail tenant compte des propositions faites pendant et après la session sera mis à disposition en juillet 2007 pour servir de base aux négociations.
11. Le Groupe de travail a également recommandé de mettre en place un processus pour permettre aux organisations non gouvernementales qui satisfont aux conditions d'admission à des relations officielles avec l'OMS, mais n'y ont pas encore été admises, de participer à la deuxième session du Groupe de travail. Une proposition dans ce sens sera présentée au Comité permanent des Organisations non gouvernementales à la cent vingtième session du Conseil exécutif.
12. Afin d'élargir le cercle d'experts et d'entités invités à assister aux sessions du Groupe de travail en vertu de la résolution WHA59.24 et de garantir une représentation équilibrée entre les Régions, les sexes, les pays développés et pays en développement, les Etats Membres seront invités à soumettre des propositions pour la deuxième session, sur lesquelles se prononcera le Directeur général après avoir consulté le bureau du Groupe de travail.
13. Conformément à la résolution WHA59.24, des Etats Membres ont suggéré plusieurs domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces, en tenant compte des recommandations de la Commission des Droits de Propriété intellectuelle, de l'Innovation et de la Santé publique. Certains Etats Membres ayant estimé que le Groupe n'avait pas consacré suffisamment de temps à cette question lors de sa

¹ Voir le document A/PHI/IGWG/1/INF.DOC./2.

² Document CIPH/2006/1.

³ Document A/PHI/IGWG/1/5.

première session, il a été décidé de soumettre les suggestions concernant les domaines qui pourraient faire l'objet d'actions précoces au Conseil exécutif à sa cent vingtième session et à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, en indiquant que ces suggestions n'ont pas été approuvées par les Etats Membres.¹

14. Le Groupe de travail tiendra sa deuxième et dernière session en octobre 2007 afin d'établir la version définitive des projets de stratégie et de plan d'action mondiaux. Entre les deux sessions, les consultations se poursuivront aux niveaux régional et sous-régional et le bureau du Groupe de travail continuera de se réunir pour envisager tous travaux éventuels et préparer en détail la deuxième session.

I. PREVENTION ET LUTTE ANTICANCEREUSES : CANCER DU COL DE L'UTERUS

15. Bien que pouvant être évité, le cancer du col de l'utérus est courant : on a recensé en 2005 jusqu'à 500 000 nouveaux cas et 257 000 décès, dont plus de 90 % dans les pays à faible ou moyen revenu, où les services de dépistage, de traitement et de soins palliatifs sont souvent insuffisants, voire inexistantes. D'après les projections de l'OMS, le nombre de décès par cancer du col atteindra 320 000 en 2015 et 435 000 en 2030. Le cancer du col utérin est dû à une infection sexuellement transmissible courante par les types oncogènes de papillomavirus (HPV). La pathogénèse peut s'étendre sur 10 à 20 ans, avec successivement lésions précancéreuses, cancer invasif et décès.

16. En application des résolutions WHA57.12 sur la santé génésique et WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses, le Secrétariat a conçu un plan d'action contre le cancer du col de l'utérus selon une approche globale qui regroupe la prévention primaire, la détection et le dépistage précoces, le traitement et les soins palliatifs sous l'égide des programmes nationaux de lutte anticancéreuse,² que l'OMS s'attache à promouvoir en partenariat avec de grands acteurs, au nombre desquels le FNUAP et l'AIEA.

17. Egalement en application de la résolution WHA58.22, l'OMS recommande de lutter contre le cancer du col de l'utérus,³ par la promotion de l'usage du préservatif et le dépistage systématique afin de déceler les lésions précancéreuses et le cancer invasif et d'assurer une bonne prise en charge. Le dépistage du cancer du col par cytologie s'est avéré un bon moyen de réduire l'incidence et la mortalité, mais il nécessite une infrastructure sanitaire appropriée, des ressources techniques et un système bien défini d'orientation vers les services thérapeutiques. Les autres techniques de dépistage plus adaptées aux pays qui ont peu de ressources telles que l'examen visuel du col après application d'acide acétique, suivi d'une cryothérapie, sont actuellement à l'étude⁴ et, toujours en application de la résolution WHA58.22, un programme de recherche opérationnelle a été entrepris en vue de recourir à ces techniques dans différents pays africains.

18. Ainsi qu'il était demandé également dans la résolution WHA58.22, la recherche sur la mise au point d'un vaccin efficace contre le cancer du col de l'utérus a été promue. Le nouveau vaccin anti-HPV permet de prévenir 65 à 76 % des infections et des lésions dues aux papillomavirus selon la

¹ Voir le document EB120/INF.DOC./1.

² *Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes: Module 1 – Planning*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

³ *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

⁴ *Cervix cancer screening*. IARC Handbooks of cancer prevention Vol. 10. Lyon, IARC Press, 2005.

prévalence locale des types oncogènes.¹ Le Secrétariat a recensé plusieurs obstacles à la mise en oeuvre et des lacunes dans les recherches.^{1,2} Il faut mettre au point de nouvelles stratégies de prestation et les évaluer car les programmes de vaccination systématique actuels de l'OMS visent principalement les enfants de moins d'un an alors que le vaccin anti-HPV est destiné aux préadolescentes et que la couverture vaccinale pourrait par la suite être étendue aux garçons. Il est donc probable que le coût de la mise en oeuvre sera bien supérieur, à quoi il faut ajouter le prix élevé du vaccin lui-même, même si, vraisemblablement, les fabricants pratiqueront des prix différentiels. L'utilisation du vaccin touche de surcroît à des questions sensibles comme le comportement sexuel, les infections sexuellement transmissibles et les cancers génitaux, ce qui ne facilite pas la mise en oeuvre. Enfin, tout financement durable des futurs programmes de vaccination anti-HPV doit prévoir le financement des programmes de dépistage. Dix ou trente ans s'écouleront peut-être avant que la vaccination ait un effet mesurable sur l'incidence du cancer et la mortalité qui lui est imputable.

19. La décision d'instaurer ou non la vaccination anti-HPV dépendra des politiques nationales conçues en fonction de la charge du cancer du col, du risque d'exposition aux papillomavirus humains, du rapport coût/efficacité des interventions et des obstacles à la mise en oeuvre. Le suivi et l'évaluation à l'aide des registres du cancer sont des éléments essentiels de tout programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus. L'accès universel et équitable aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins palliatifs sera indispensable pour réduire la charge du cancer du col dans le monde.

J. REDUCTION DE LA MORTALITE PAR ROUGEOLE DANS LE MONDE

20. Dans la résolution WHA56.20, l'Assemblée de la Santé a souligné qu'il était important d'atteindre l'objectif consistant à réduire de moitié d'ici 2005, par rapport à 1999, le nombre des décès dus à la rougeole. Les activités menées dans le but de réduire la mortalité par rougeole sont concentrées sur 47 pays prioritaires où sont enregistrés environ 98 % de tous les décès par rougeole au niveau mondial.

21. La mortalité par rougeole a reculé dans le monde puisque, d'environ 873 000 décès en 1999, on était passé à 345 000 en 2005 – soit une réduction de 60 % (voir Figure 1). L'objectif consistant à réduire de moitié le nombre des décès par rougeole a été non seulement atteint mais dépassé, et les chiffres montrent que 2,3 millions de décès ont pu être évités grâce à des efforts accélérés de lutte contre la maladie. En Afrique, Région où la rougeole fait peser la plus lourde charge de morbidité, le nombre des décès dus à la rougeole a diminué de 75 % puisqu'il est passé d'environ 506 000 en 1999 à 126 000 en 2005.

22. Sur la même période 1999-2005, la couverture de la vaccination antirougeoleuse systématique a augmenté dans le monde, passant de 71 % à 77 %, encore que les taux de couverture varient sensiblement d'une région géographique à l'autre. De plus, il y a eu une augmentation marquée du nombre des pays donnant à tous les enfants une deuxième occasion d'être vaccinés contre la rougeole : en septembre 2006, 175 (91 %) Etats Membres avaient donné aux enfants cette deuxième occasion, contre 125 (65 %) en 1999. Parmi les 47 pays prioritaires, 37 (79 %) avaient à cette date mené à bien des campagnes nationales de rattrapage.

¹ OMS, FNUAP. *Phase préparatoire à l'instauration de la vaccination antipapillomavirus : directives stratégiques et programmatiques à l'intention des pays*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

² *Human papillomavirus and HPV vaccine: key technical information*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

23. Cette remarquable victoire dans le domaine de la santé publique est la résultante directe de plusieurs facteurs :

- ferme volonté politique au niveau national, et ardeur à la tâche des gouvernements et de leurs partenaires pour améliorer l'accès à la vaccination systématique des enfants ;
- organisation de campagnes nationales de vaccination antirougeoleuse par les pays où cette maladie fait peser une lourde charge de morbidité et où plus de 600 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole au cours de la période 2000-2005 ;
- fourniture d'un appui technique et financier par les partenaires de l'initiative contre la rougeole ;¹
- intensification de la surveillance, avec confirmation en laboratoire des cas présumés de rougeole.

24. L'objectif est maintenant, à partir de ces résultats, de réduire la mortalité par rougeole dans le monde de 90 % d'ici 2010, par rapport aux taux de 2000.² Pour y parvenir, plusieurs problèmes devront être surmontés moyennant les mesures suivantes :

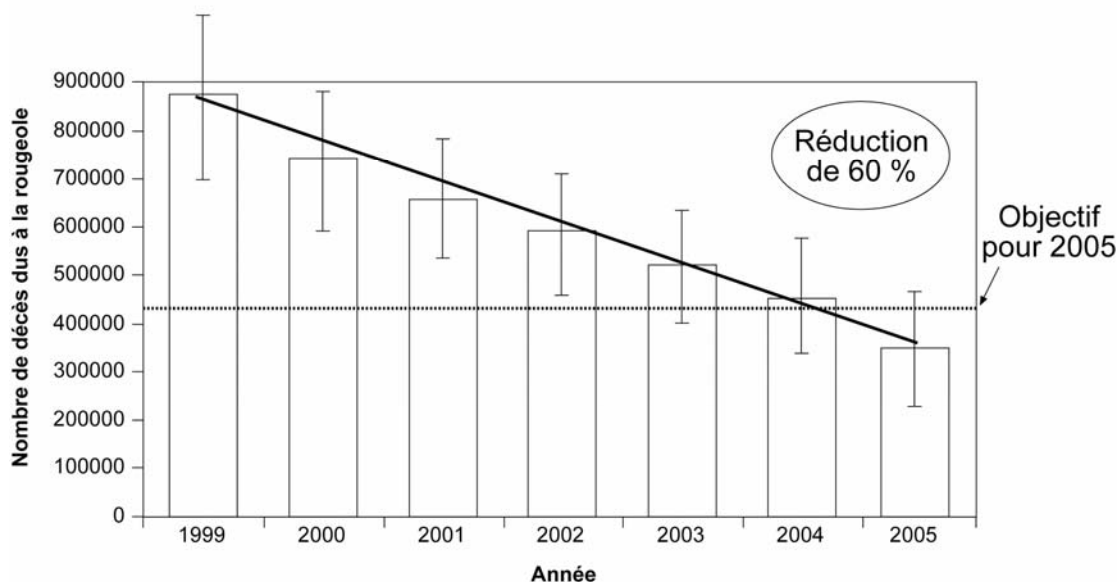
- les pays très peuplés qui continuent à enregistrer de nombreux décès dus à la rougeole devraient mener des activités pour réduire la mortalité par rougeole ;
- il faut intensifier les efforts pour qu'au moins 90 % des nourrissons soient vaccinés contre la rougeole avant l'âge d'un an ; d'après les estimations de l'OMS et de l'UNICEF, plus de 29 millions d'enfants d'un an n'avaient pas reçu de dose de vaccin antirougeoleux des services de vaccination systématique en 2005 (Figure 2) ;
- les pays hautement prioritaires doivent continuer à mener des campagnes de vaccination de suivi tous les trois ou quatre ans jusqu'à ce que leurs systèmes de vaccination systématique soient en mesure de donner aux enfants deux occasions d'être vaccinés contre la rougeole ;
- la surveillance de terrain, avec confirmation en laboratoire des cas présumés de rougeole, devra être étendue à tous les pays prioritaires pour permettre un contrôle efficace.

25. Pour arriver à réduire de 90 % la mortalité par rougeole dans le monde d'ici 2010, il faudra susciter durablement un engagement politique actif dans les pays à forte charge de morbidité, et les partenaires internationaux devront maintenir leur appui. Outre les contributions des pays, un montant supplémentaires de US \$479 millions est nécessaire pour atteindre le but fixé pour 2010 ; sur ce total, US \$147 millions ont été mobilisés par l'intermédiaire du Dispositif international de financement des vaccinations et US \$100 millions supplémentaires ont été promis par des partenaires de l'initiative contre la rougeole.

¹ Les principaux partenaires de l'initiative contre la rougeole sont l'OMS, l'UNICEF, la Croix-Rouge américaine, les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Géorgie, Etats-Unis d'Amérique) et la Fondation pour les Nations Unies.

² L'objectif consistant à réduire la mortalité par rougeole à l'échelle mondiale de 90 % au plus tard en 2010 est inscrit dans « La vaccination dans le monde : vision et stratégie pour 2006-2015 », ce dont s'est félicitée l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA58.15.

Figure 1. Réduction estimative de la mortalité par rougeole dans le monde, tous âges, 1999-2005

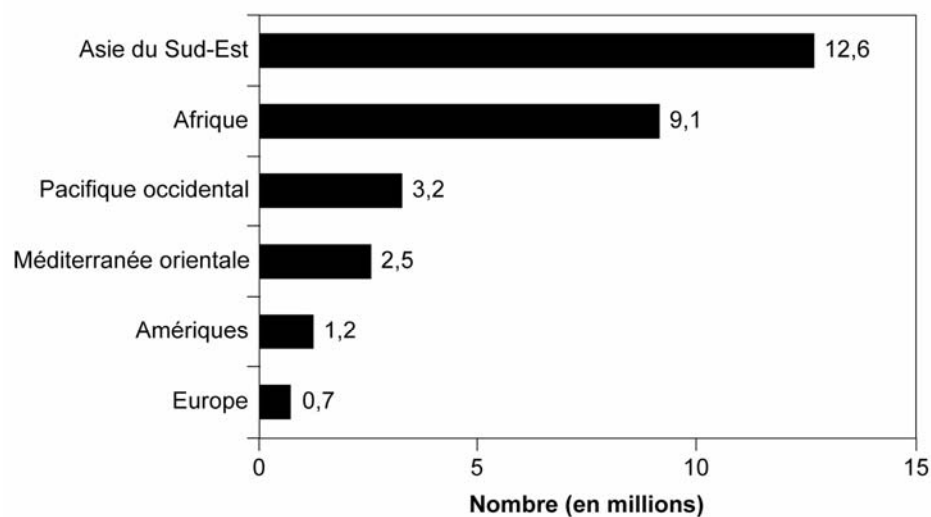


Les colonnes font apparaître les limites d'incertitude inférieure et supérieure.

Source : OMS.

WHO 06.157

Figure 2. Nombre d'enfants d'un an non vaccinés contre la rougeole en 2005, par Région de l'OMS



Source : estimations de l'OMS et de l'UNICEF pour 2005.

WHO 06.158

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

26. Le Conseil exécutif est invité à prendre note des rapports de situation ci-dessus.