



Organisation
mondiale
de la Santé
Genève

Stratégie
de l'OMS
pour la Médecine
Traditionnelle
pour 2002-2005



© Organisation mondiale de la Santé 2002

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans ces documents par des auteurs nommément cités n'engagent que lesdits auteurs.

Les frontières et les noms qui figurent sur les cartes contenues dans ce document et les désignations qui y sont utilisées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone ou de ses autorités, ni quant au tracé des frontières. Les lignes en pointillé représentent les frontières sur lesquelles un accord complet peut encore ne pas exister.

Maquette Et mise en page par Renata Kerr Design

Stratégie
de l'OMS
pour la Médecine
Traditionnelle
pour 2002-2005



Organisation
mondiale
de la Santé
Genève



Ce document constitue la première stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle. Il a été rédigé suite à un travail complet de consultation. Néanmoins, étant donné la diversité régionale de l'usage et du rôle de la médecine traditionnelle et des médecines complémentaires et parallèles, des modifications pourront éventuellement être nécessaires pour tenir compte de variations régionales. Il convient en outre de noter que les difficultés rencontrées au niveau de la définition d'une terminologie précise pour décrire les thérapies et produits relatifs à ces médecines persistent. La validité des données s'y rapportant est, par ailleurs, fréquemment problématique. Les méthodologies utilisées pour la collecte des données ne sont pas souvent comparables et la détermination des paramètres manque de clarté. L'équipe Médecine Traditionnelle de l'OMS souhaite, en conséquence, recevoir tous commentaires éventuels des lecteurs concernant les données incluses dans cette stratégie. Merci de les adresser à : Dr Xiaorui Zhang, Coordinateur d'équipe suppléant, Médecine traditionnelle, Département Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia 20, 1211 Genève 27, Suisse ou par e-mail à : zhangx@who.int.



Sommaire

Remerciements	v
Acronymes, abréviations & régions de l'OMS	vii
Points clés : Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002–2005	1
Qu'est-ce que la médecine traditionnelle ?	1
Usage répandu et croissant	1
Pourquoi un usage si répandu ?	2
Enthousiasme sans réserve contre scepticisme non informé	2
Défis présentés par le développement du potentiel de la MTR/MCP	3
Le rôle actuel de l'OMS	5
Cadre d'action	5
Mise en œuvre de la stratégie	6
1. Examen global	7
1.1 Qu'est-ce que la médecine traditionnelle ? Vers une définition de travail	7
1.2 Usage et attrait généraux	9
1.3 Dépenses	12
1.4 Justifier l'usage et l'intérêt accrus	13
1.5 Réagir à la popularité de la MTR/MCP	15
2. Défis	21
2.1 Que faut-il faire ?	22
2.2 Politiques nationales et cadre juridique	22
2.3 Innocuité, efficacité, qualité	23
2.4 Accès	27
2.5 Usage rationnel	28

3. Le rôle actuel de l'OMS	31
3.1 Développer la MTR/MCP et l'intégrer aux systèmes nationaux de soins de santé	31
3.2 Assurer un usage correct, sûr et efficace de la médecine traditionnelle	33
3.3 Accroître l'accès à l'information concernant la MTR/MCP	35
4. Ressources internationales et nationales pour la médecine traditionnelle	39
4.1 Agences de l'ONU	39
4.2 Organisations internationales	41
4.3 Organisations non gouvernementales	43
4.4 Associations professionnelles mondiales	44
4.5 Associations professionnelles internationales et nationales	45
4.6 Initiatives spécifiques	45
5. Stratégie et plan d'action pour 2002–2005	47
5.1 Politique : Intégrer la MTR/MCP aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, en développant et en mettant en œuvre des politiques et programmes nationaux de MTR/MCP	49
5.2 Innocuité, efficacité et qualité : Promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP en étendant la base de connaissances sur la MTR/MCP et en fournissant des conseils sur la réglementation et les normes de qualité	50
5.3 Accès : Accroître la disponibilité et l'abordabilité de la MTR/MCP, de manière appropriée, en mettant l'accent sur l'accès pour les populations pauvres	51
5.4 Usage rationnel : Promouvoir un usage thérapeutique correct de la MTR/MCP appropriée par les prestataires et les consommateurs	52
Annexe 1 : Liste des Centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle	53
Annexe 2 : Sélection de publications et documents de l'OMS sur la médecine traditionnelle	55
Politique nationale et surveillance	55
Qualité, sécurité et efficacité	55
Usage rationnel	56
Centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle	57
Références	59
Index	63



Remerciements

Cette stratégie a été développée par le personnel du siège et des bureaux régionaux de l'OMS intervenant dans le domaine des médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques, en consultation avec d'autres membres du programme de l'OMS et ses partenaires clés en matière de développement. Elle a été finalisée en consultation avec des représentants des États membres, la famille des Nations Unies, des organismes non gouvernementaux et internationaux, les centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle et les comités d'experts de l'OMS.

Elle couvre un travail aux niveaux national, régional, interrégional et mondial et se base sur les débats tenus lors de la Conférence de l'OMS sur les méthodologies de recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle (11-14 avril 2000) à laquelle ont participé des experts en médecine traditionnelle ainsi que le personnel du siège et des bureaux régionaux de l'OMS intervenant dans ce domaine particulier. La conférence s'est suivie d'une série de téléconférences entre le siège et les bureaux régionaux de l'OMS ainsi qu'entre les États membres et les partenaires des Nations Unies, concernant la révision des avant-projets de la *Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005*.

L'OMS tient à remercier les membres de la grande famille mondiale des médecines pour leur participation active et leurs commentaires constructifs, dont :

États Membres : Allemagne (K. Keller), Arménie (E. Gabrielyan), Australie (G. Morrison),

Belgique (J. Laruelle), Canada (Y. Bergevin, P. Chan), Chine (M. Chan, T. Leung, L. Peilong), Danemark (P. Rockhold), États-Unis (B. Clay, L. Vogel), Ghana (E. Mensah), Inde (S. Chandra), Indonésie (K. Ritiasa), Italie (P. Procacci), Iran (M. Cheraghali), Japon (A. Yokomaku), Nigeria (T. Fakeye), Norvège (O. Christiansen, E. Salvesen), Pakistan (F. Chowdhary), Pays-Bas (M. ten Ham), République de Corée (H.W. Han), Royaume-Uni (J. Lambert), Suède (A. Nordström), Thaïlande (M.N. Songkhla), Vietnam (L. Van Truyen), Zimbabwe (L. Matondo).

Autres agences des Nations Unies et agences multilatérales : Banque Mondiale (R. Govindaraj), Commission Européenne (L. Fransen), OMPI (S. Bhatti), ONUSIDA (J. Perriens), PNUD (M. Bali), UNESCO (M-F. Roudil).

Organisations non gouvernementales et fondations : Fondation Ford (V. Davis Floyd), Fondation John D. et Catherine T. MacArthur (D. Martin), Fondation Li Ka Shing (K. Lo), Fondation Rockefeller (A. So), IMAR (H. Cranz, J. Reinstein), Organisation islamique pour les sciences médicales (A. Awady).

Centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle : National Center for Complementary and Alternative Medicine, Bethesda (N. Hasleton), University of Illinois at Chicago, Chicago (N. Farnsworth).

Comités et panels d'experts de l'OMS : F. Takaku, D. Jamison.

Bureaux régionaux de l'OMS : AFRO (O. Kasilo, E. Samba), AMRO/PAHO (G. Alleyne, C. Borrás, R. D'Alessio, S. Land, D. López-Acuña,

J. C. Silva), EMRO (H. Gezairy, P. Graaff, A. Salih), EURO (M. Danzon, K. de Joncheere), SEARO (P. Abeykoon, U.M. Rafei, K. Shein), WPRO (K. Chen, S. Omi).

Siège de l'OMS (Département Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques) :


G. Baghdadi, A. Creese, J. Graham, H. Hogerzeil, Y. Maruyama, J. Quick, L. Ragö, J. Sawyer, G. Velásquez, D. Whitney, X. Zhang.

Siège de l'OMS (autres programmes) :

O.B.R. Adams (EIP/OSD), A.D.A.S. Alwan (NMH/MNC), A. Asamoah-Baah (EGB), R. Bengoa (NMH/CCH), J. Cai (WKC), J. Frenk

(EIP), D. Heymann (CDS), Y. Kawaguchi (WKC), B. Kean (EGB/ECP), A. Kern (GMG), M. T. Mbitvo (FCH/RHR), A. Mboi (FCH/WMH), D. Nabarro (DGO), B. Saraceno (NMH/MSD), Y. Suzuki (HTP), D. Tarantola (Conseiller principal en politique), T. Türmen (FCH), E. M. Wallstam (SDE/HSD), D. Yach (NMH).

T. Falkenberg, J. Sawyer et X. Zhang ont rédigé la stratégie et J. Graham, J.D. Quick, J. Sawyer, P. Thorpe, D. Whitney et X. Zhang ont entrepris la révision et l'édition. V.A. Lee et Y. Maruyama ont assuré le soutien administratif.



Acronymes, abréviations et régions de l'OMS

AFRO	Bureau régional de l'Afrique de l'OMS (voir États Membres couverts ci-dessous)
AMRO/PAHO	Bureau régional des Amériques de l'OMS/Organisation panaméricaine de la santé
BDG	Bureau du Directeur général
CAM	médecine complémentaire et alternative
CDS	Groupe Maladies Transmissibles
EGB	Groupe Relations Extérieures et Organes Directeurs
EGB/ECP	Groupe Relations Extérieures et Organes Directeurs/Département de la Coopération et des Partenariats Externes
EIP	Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques
EIP/OSD	Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques/Département de l'organisation de la dispensation des soins de santé
EMA	Agence européenne pour l'évaluation des produits médicaux
EMRO	Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'OMS (voir États Membres couverts ci-dessous)
EURO	Bureau régional de l'Europe de l'OMS (voir États Membres couverts ci-dessous)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FCH	Groupe Santé familiale et communautaire
FCH/RHR	Groupe Santé familiale et communautaire/Département de la santé reproductive et de la recherche
FCH/WMH	Groupe santé familiale et communautaire/Département de la santé des femmes
GMG	Groupe Administration générale
HTP	Groupe Technologie de la santé et produits pharmaceutiques
IMAR	Industrie mondiale de l'automédication responsable
MA	médecine allopathique
NCCAM	Centre national de médecine complémentaire et parallèle (USA)
NMH	Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale
NMH/CCH	Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale/Département Soins de santé
NMH/MNC	Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale/Département de la prise en charge des maladies non transmissibles
NMH/MSD	Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale/Département Santé mentale et toxicomanies
NU	Nations Unies
OMPI	Organisme mondial de la Propriété intellectuelle
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RHR/TSC	Département de la santé reproductive et de la recherche/Soutien technique aux pays (partie du Groupe santé familiale et communautaire).
SDE/HSD	Groupe Développement durable et milieux favorables à la santé/Département Santé et développement durable
SEARO	Bureau régional de l'Asie du Sud-Est de l'OMS (voir États Membres couverts ci-dessous)
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
TCM	médecine traditionnelle chinoise
TRM	médecine traditionnelle
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
VIH/SIDA	virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
WKC	Centre OMS pour le développement sanitaire (Kobe, Japon)
WPRO	Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS (voir États Membres couverts ci-dessous)

Les États Membres africains de l'OMS sont : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, île Maurice, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.


Les États Membres américains de l'OMS sont : Antigua Et Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Equateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyane, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saint Kitts Et Nevis, Saint Vincent Et Grenadines, Sainte-Lucie, Salvador, Surinam, Trinidad Et Tobago, Uruguay, Venezuela.

Les États Membres méditerranéens de l'OMS sont : Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Chypre, Djibouti, Égypte, Émirats Arabes Unis, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe de Syrie, République islamique d'Iran, Somalie, Soudan, Tunisie, Yémen.

Les États Membres européens de l'OMS sont : Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Biélorussie, Bosnie Et Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Fédération russe, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Kazakhstan, Kirghizstan, L'ex-république yougoslave de Macédoine, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldavie, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine, Yougoslavie.

Les États Membres sud-est asiatiques de l'OMS sont : Bangladesh, Bhutan, Inde, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, République populaire démocratique de Corée, Sri Lanka, Thaïlande.

Les États Membres de la région Pacifique occidental de l'OMS sont : Australie, Brunei Darussalam, Cambodge, Chine, Fidji, îles Cook, îles Marshall, îles Salomon, Japon, Kiribati, Malaysia, Micronésie, Mongolie, Nauru, Niue, Nouvelle-Zélande, Palau, Papouasie Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, République populaire démocratique du Laos, Samoa, Singapour, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.



Points clés : Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005

La médecine traditionnelle, complémentaire et parallèle suscite un éventail complet de réactions, de l'enthousiasme sans réserve au scepticisme non informé. Néanmoins, l'usage de la médecine traditionnelle (MTR) reste très répandu dans les pays en voie de développement et celui de la médecine complémentaire et parallèle (MCP) se fait de plus en plus courant dans les pays développés. Aux quatre coins du monde, décideurs, professionnels de la santé et grand public se débattent avec les questions d'innocuité, efficacité, qualité, disponibilité, préservation et développement futur de ce type de soins de santé.

Le moment est donc venu pour l'OMS de définir son rôle en matière de MTR/MCP en développant une stratégie pour aborder les problèmes de politique, innocuité, efficacité, qualité, accès et usage rationnel de la médecine traditionnelle, complémentaire et parallèle.

Qu'est-ce que la médecine traditionnelle ?

« Médecine traditionnelle » est un terme global utilisé à la fois en relation avec les systèmes de MTR tels que la médecine traditionnelle chinoise, l'ayurvéda indien et l'unani arabe et avec diverses formes de

médecine indigène. Les thérapies de MTR englobent les thérapies médicamenteuses qui impliquent l'usage de médicaments à base de plantes,^a parties d'animaux et/ou minéraux et les thérapies non médicamenteuses qui sont administrées principalement sans usage de médicaments, comme dans le cas de l'acupuncture, des thérapies manuelles et des thérapies spirituelles.



Dans les pays dont le système de santé prédominant est basé sur l'allopathie ou bien où la MTR n'a pas été incorporée au système de santé national, la MTR est souvent appelée médecine « complémentaire », « alternative » ou « non conventionnelle »^b.

Usage répandu et croissant

L'usage de la MTR est très répandu et revêt une importance sanitaire et économique croissante. En Afrique, jusqu'à 80 % de la population utilise la MTR pour répondre à ses besoins de soins de santé. En Asie et en Amérique latine, les populations continuent d'utiliser la MTR en raison de circonstances historiques et convictions culturelles. En Chine, la MTR représente 40 % des soins de santé administrés.

^a Les médicaments à base de plantes comprennent les plantes, les matières à base de plantes, les préparations à base de plantes et les produits à base de plantes finis, qui contiennent comme ingrédients actifs des parties de plantes ou autres matières végétales ou une combinaison des deux.

^b En conséquence, dans ce document, le terme « médecine traditionnelle » est utilisé en référence à l'Afrique, l'Amérique latine, l'Asie du Sud-Est, et/ou le Pacifique occidental, tandis que le terme « médecine complémentaire et parallèle » est utilisé en référence à l'Europe et/ou l'Amérique du Nord (et l'Australie). Pour les références, dans un sens général, à toutes ces régions, le terme global de MTR/MCP est utilisé.

Dans le même temps, dans de nombreux pays développés, la MCP gagne en popularité. Le pourcentage de population ayant utilisé la MCP au moins une fois se chiffre à 48 en Australie, 70 au Canada, 42 aux États-Unis, 38 en Belgique et 75 en France.

Dans de nombreuses parties du monde, les dépenses en MTR/MCP sont non seulement considérables mais en hausse rapide. En Malaisie, il est estimé que 500 millions de \$US sont dépensés chaque année pour ce type de soins de santé, par rapport à environ 300 millions de \$US pour l'allopathie. Aux États-Unis, le total des débours consacrés à la MCP pour 1997 est estimé à 2 700 millions de \$US. En Australie, au Canada et au Royaume-Uni, les dépenses annuelles en MCP sont estimées à 80 millions de \$US, 2 400 millions de \$US et 2 300 millions de \$US respectivement.

Pourquoi un usage si répandu ?

Accessible et abordable dans les pays en voie de développement

Dans les pays en voie de développement, l'usage répandu de la MTR est souvent attribuable à son accessibilité et son abordabilité. En Ouganda, par exemple, le ratio de tradipraticiens^c par population se situe entre 1/2000 et 1/4000. Ceci contraste nettement avec la disponibilité d'allopathes, pour lesquels le ratio typique est de 1/20 000 ou moins. Par ailleurs, la distribution de ce personnel peut être irrégulière, la plupart se



trouvant dans les villes ou autres zones urbaines, et donc difficile d'accès pour les populations rurales.

La MTR est parfois aussi la seule source de soins de santé abordable, particulièrement pour les patients les plus pauvres du monde. Les recherches effectuées

au Ghana, au Kenya et au Mali indiquent qu'un traitement antipaludéen de pyriméthamine/sulfadoxine peut coûter plusieurs dollars. Et pourtant, les débours en soins de santé par habitant au Ghana et au Kenya se chiffrent à seulement environ 6\$US par an. Inversement, les médicaments à base de plantes pour le traitement du paludisme sont considérablement moins chers et peuvent parfois même être payés en nature et/ou selon la « richesse » du client.

La MTR est également très populaire dans de nombreux pays développés parce qu'elle est fermement intégrée à des systèmes de croyance plus globaux.

Une autre approche des soins de santé dans les pays développés

Dans de nombreux pays développés, la popularité de la MCP est alimentée par les inquiétudes au sujet des effets nocifs des médicaments chimiques, par la remise en question des démarches et présomptions de l'allopathie et par l'accès de plus en plus facile du grand public à l'information sur la santé.

En même temps, la prolongation de l'espérance de vie a multiplié les risques de développement de maladies chroniques débilitantes telles que les maladies cardiaques, le diabète et les troubles mentaux. Pour de nombreux patients, la MCP semble offrir un moyen moins agressif que l'allopathie de gérer ce type de maladies.

Enthousiasme sans réserve contre scepticisme non informé

De nombreux prestataires de MTR/MCP recherchent une reconnaissance et un soutien continu (ou accru) de leurs pratiques. En même temps, de nombreux professionnels de médecine allopathique, même ceux des pays possédant une solide histoire de MTR, émettent de fortes réserves et souvent un scepticisme

^c Les tradipraticiens sont généralement des guérisseurs, phytothérapeutes, etc. Les prestataires de MTR comprennent à la fois les tradipraticiens et les professionnels de médecine allopathique tels que les médecins, dentistes et infirmières qui proposent des thérapies de MTR/MCP à leurs patients, par ex. de nombreux médecins utilisent également l'acupuncture pour traiter leurs patients.

marqué quant aux bénéfices revendiqués par la MTR/MCP. Les organismes de réglementation se débattent avec les questions d'innocuité et d'efficacité des médicaments traditionnels à base de plantes, tandis qu'un grand nombre de groupes industriels et de consommateurs résistent à tout développement en matière de politique sanitaire pouvant limiter l'accès à la MTR/MCP. Les rapports concernant les effets immunostimulants puissants de certains médicaments traditionnels donnent de l'espoir aux individus atteints de VIH tandis que d'autres s'inquiètent de ce que l'usage de tels « remèdes » donne de faux espoirs aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et retarde le traitement par des thérapies « éprouvées ».

En conséquence, la croissance de l'usage de la MTR/MCP s'accompagne d'une demande accrue de preuves de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité des produits et des pratiques de MTR/MCP. Il est intéressant de noter qu'une grande partie de la documentation scientifique concernant la MTR/MCP utilise des méthodologies comparables à celles employées en soutien d'un grand nombre de procédures chirurgicales modernes : rapports de cas individuels et séries de patients, sans groupe témoin ni même comparatif. Néanmoins, il



existe des preuves scientifiques solides d'essais thérapeutiques randomisés pour de nombreux usages de l'acupuncture, quelques phytothérapies et certaines thérapies manuelles.

En règle générale, toutefois, la croissance de l'usage de la MTR/MCP ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de la quantité, de la qualité et de l'accessibilité de preuves cliniques à l'appui des revendications de la MTR/MCP.

Défis présentés par le développement du potentiel de la MTR/MCP

Pour maximiser les possibilités de la MTR/MCP en tant que source de soins de santé, plusieurs problèmes doivent être abordés : politique ;

innocuité, efficacité et qualité ; accès ; usage rationnel.

Politique : la base d'une action valable en matière de MTR/MCP

Relativement peu de pays (25 seulement des 191 états membres de l'OMS) ont développé une politique relative à la MTR et/ou la MCP. Cependant, une telle politique fournit une base solide pour définir le rôle de la MTR/MCP dans le cadre de l'offre d'un système de santé national, en s'assurant que tous les mécanismes réglementaires et juridiques nécessaires soient créés pour encourager et maintenir une bonne pratique, que l'accès soit équitable et que l'authenticité, l'innocuité et l'efficacité des thérapies soient garanties. Elle peut également aider à assurer une offre suffisante de ressources financières pour la recherche, l'éducation et la formation.

En fait, de nombreux pays développés constatent actuellement que les problèmes concernant l'innocuité et la qualité de la MCP, l'octroi de permis aux prestataires, les normes de formation et les priorités de recherche sont plus facilement abordés dans le cadre d'une politique nationale. Le besoin d'une politique nationale est, néanmoins, de la plus grande urgence dans les pays en voie de développement où la MTR n'a pas encore été intégrée dans le système national de soins de santé, même si une grande partie de la population en dépend pour les soins de santé.

Un plus grand nombre de politiques nationales aurait l'avantage supplémentaire de faciliter le travail consacré aux problèmes globaux tels que le développement et la mise en œuvre de normes internationales de recherche sur l'innocuité et l'efficacité de la MTR/MCP, l'usage durable des plantes médicinales ainsi que la protection et l'usage équitable des savoirs de la médecine indigène et traditionnelle.

Innocuité, efficacité et qualité : cruciales pour le développement de la MTR/MCP

Des pratiques de MTR/MCP se sont développées au sein de diverses cultures dans des régions différentes. Il n'y a donc pas eu de

développement parallèle de normes et méthodes, nationales ou internationales, pour les évaluer.

L'évaluation des produits de MTR/MCP pose également problème. Ceci est particulièrement le cas pour les médicaments à base de plantes dont l'efficacité et la qualité peuvent être influencées par de nombreux facteurs. Il n'est pas surprenant que la recherche en matière de MTR/MCP se soit avérée inappropriée, résultant en un manque de données et un développement inadéquat de méthodologies. Ceci a, à son tour, ralenti le développement de la réglementation et de la législation de la MTR/MCP.

Les systèmes nationaux de surveillance et d'évaluation des événements défavorables sont également rares. En conséquence, bien que de nombreuses thérapies de MTR/MCP soient prometteuses et de plus en plus utilisées, un grand nombre ne sont pas testées et leur usage n'est pas surveillé. De ce fait, la connaissance de leurs effets secondaires possibles est limitée. Ceci rend l'identification des thérapies les plus sûres et les plus efficaces et la promotion de leur usage rationnel plus difficiles. Si la MTR/MCP doit être préconisée en tant que source de soins de santé, des efforts pour encourager son usage rationnel et l'identification des thérapies les plus sûres et les plus efficaces seront d'une importance cruciale.

Accès : rendre la MTR/MCP disponible et abordable

Bien que, selon les rapports, de nombreuses populations des pays en voie de développement dépendent lourdement de la MTR pour satisfaire à leurs besoins en matière de soins de santé, nous manquons de données précises. Une recherche quantitative pour déterminer les niveaux d'accès existants (à la fois financiers et géographiques) et une recherche qualitative pour clarifier les contraintes de l'extension d'un tel accès, sont nécessaires. L'axe devrait être sur le traitement des maladies représentant le plus lourd fardeau pour les populations pauvres.

Par ailleurs, si l'accès doit être accru substantiellement, la base de ressources naturelles dont certains produits et thérapies dépendent doit être protégée. Les matières premières des médicaments à base de plantes, par exemple, sont parfois récoltées à outrance parmi les populations de plantes sauvages.

La propriété intellectuelle et les droits de brevet représentent un autre défi majeur. Les avantages économiques, pouvant être obtenus de l'application à grande échelle des savoirs de la MTR peuvent être considérables. Les questions concernant les meilleurs moyens de partager ces avantages entre les innovateurs et les détenteurs des savoirs de la MTR n'ont cependant pas été résolues.

Usage rationnel : assurer adéquation et rentabilité

L'usage rationnel de la MTR/MCP revêt plusieurs aspects dont la qualification des prestataires et l'octroi de permis à ces derniers, l'usage correct de produits de qualité assurée, la qualité de la communication entre les prestataires de MTR/MCP, les allopathes et les patients et la fourniture d'informations scientifiques et de conseils au grand public.

Les défis au niveau de l'éducation et de la formation se présentent sous au moins deux formes. En premier lieu, assurer que les connaissances, les qualifications et la formation des prestataires de MTR/MCP soient adéquates. En second lieu, utiliser la formation pour assurer que tradipraticiens et allopathes comprennent et apprécient la complémentarité des types de soins de santé qu'ils proposent.

Un usage correct de produits de qualité assurée pourrait également contribuer en grande partie à la réduction des risques associés aux produits de MTR/MCP tels que les médicaments à base de plantes. Toutefois, la réglementation et l'enregistrement des médicaments à base de plantes ne sont pas bien développés dans la plupart des pays et la qualité des produits à base de plantes proposés dans le commerce n'est généralement pas garantie.

Un travail supplémentaire est également nécessaire pour sensibiliser aux situations dans lesquelles la MTR/MCP est appropriée (et rentable) et celles dans lesquelles elle n'est pas conseillée ainsi que pour faire comprendre que les produits de MTR/MCP doivent être utilisés avec prudence.

Le rôle actuel de l'OMS

La mission de l'OMS en matière de médicaments essentiels et de politique pharmaceutique est d'aider à sauver des vies, à améliorer la santé en comblant l'immense écart entre les possibilités offertes par les médicaments



essentiels et le fait que pour des millions de personnes, particulièrement les pauvres et les désavantagés, les médicaments restent indisponibles, inabordables,

dangereux ou incorrectement utilisés. Ce travail est effectué par le biais de plusieurs fonctions centrales : formulation des positions en matière de politique et de préconisation ; travail en partenariat ; publication de directives et outils pratiques ; développement de normes et standards ; stimulation d'une recherche stratégique et opérationnelle ; développement de ressources humaines ; gestion de l'information.

En termes de MTR/MCP, l'OMS exécute ces fonctions en :

- *Facilitant l'intégration de la MTR/MCP aux systèmes nationaux de soins de santé*
en aidant les États Membres à développer leurs propres politiques nationales relatives à la MTR/MCP.
- *Publiant des directives pour la MTR/MCP*
en développant et fournissant des normes nationales, directives techniques et méthodologies pour la recherche sur les thérapies et produits de MTR/MCP ainsi que pour la fabrication de produits de MTR/MCP.

- *Stimulant la recherche stratégique dans le domaine de la MTR/MCP*

en apportant un soutien aux projets de recherche clinique sur l'innocuité et l'efficacité de la MTR/MCP, particulièrement en ce qui concerne les maladies telles que le paludisme et le VIH/SIDA.

- *Préconisant un usage rationnel de la MTR/MCP*

en encourageant un usage de la MTR/MCP basé sur des preuves.

- *Gérant l'information sur la MTR/MCP*

en faisant office de centre d'échange d'information relative à la MTR/MCP.

Néanmoins, les défis décrits précédemment exigent que les activités de l'OMS dans ce domaine soient étendues et accrues.

Cadre d'action

La *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005* examine la position de la MTR/MCP à l'échelle mondiale et souligne le rôle propre de l'OMS ainsi que ses activités dans le domaine de la MTR/MCP. Elle fournit surtout un cadre d'action pour l'OMS et ses partenaires, visant à permettre à la MTR/MCP de jouer un rôle considérablement plus important au niveau de la réduction de la mortalité et de la morbidité excessives, particulièrement chez les populations pauvres. La stratégie comporte quatre objectifs :



1. **Politique** : intégrer la MTR/MCP aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, en développant et en mettant en œuvre des politiques et programmes de MTR/MCP.
2. **Innocuité, efficacité et qualité** : promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP en étendant la

base de connaissances relatives à la MTR/MCP et en conseillant sur la réglementation et les normes d'assurance de la qualité.

3. Accès : augmenter la disponibilité et l'abordabilité de la MTR/MCP, de manière appropriée, en faisant porter l'accent sur l'accès des populations pauvres.
4. Usage rationnel : promouvoir un usage thérapeutique judicieux de la MTR/MCP appropriée, par les prestataires et les consommateurs.

La mise en œuvre de la stratégie se concentrera initialement sur les deux premiers objectifs. La réalisation de l'objectif Innocuité, Efficacité et Qualité fournira la base nécessaire pour l'accomplissement des objectifs Accès et Usage rationnel.

Mise en œuvre de la stratégie

Maximiser les possibilités offertes par la MTR/MCP au niveau de l'amélioration de la santé dans le monde est une tâche intimidante, recouvrant un éventail divers d'activités et exigeant de nombreux types de compétences. Heureusement, l'OMS a créé un réseau mondial de MTR/MCP comptant parmi ses membres des organismes sanitaires nationaux, des experts des centres collaborateurs de l'OMS et des instituts de recherche ainsi que d'autres agences de l'ONU et organisations non gouvernementales travaillant sur des questions de MTR/MCP et auxquelles l'OMS peut faire appel. De nombreuses organisations ont contribué au développement de la *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, et nombre d'entre elles ont accepté d'être nos partenaires pour sa mise en œuvre.

L'utilisation d'indicateurs critiques facilitera le suivi de la progression des pays en ce qui concerne chacun des objectifs de la stratégie.



La médecine traditionnelle (MTR) et la médecine complémentaire et parallèle (MCP) attirent de plus en plus l'attention dans le contexte de l'offre de soins de santé et de la réforme du secteur sanitaire. De nombreux facteurs contribuent à l'usage répandu de la MTR/MCP mais quelques problèmes importants doivent être abordés pour permettre au potentiel de ces médecines de se développer avec succès.

1.1 Qu'est-ce que la médecine traditionnelle ? Vers une définition de travail

Il existe de nombreux systèmes de MTR, y compris la médecine traditionnelle chinoise, la médecine ayurvédique indienne et l'unani arabe. Divers systèmes de MTR indigène ont également été développés au fil des siècles par les cultures asiatiques, africaines, arabes, amérindiennes, océaniques, centraméricaines, sud-américaines et autres. Influencée par des facteurs tels que l'histoire, les attitudes personnelles et la philosophie, leur pratique peut varier considérablement d'un pays à un autre et d'une région à une autre. Inutile de préciser que leur théorie et leur application diffèrent considérablement de celles de l'allopathie (encart 1).

Selon les thérapies concernées, les thérapies de MTR/MCP peuvent être catégorisées en tant que thérapies médicamenteuses, c'est-à-dire

utilisant des médicaments à base de plantes^d, de parties d'animaux et/ou minéraux, ou thérapies non-médicamenteuses, c'est-à-dire administrées principalement sans médicament, comme dans le cas de l'acupuncture, des thérapies manuelles, du qigong, du tai ji, de la thérapie thermique, du yoga et autres thérapies physiques, mentales, spirituelles et orientées esprit-corps.

Encart 1

QU'EST-CE QUE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE ?

La médecine traditionnelle peut être codifiée, réglementée, enseignée ouvertement, pratiquée largement et systématiquement et bénéficier de milliers d'années d'expérience.

Inversement, elle peut être hautement secrète, mystique et extrêmement localisée, la connaissance de ses pratiques étant transmise de manière orale. Elle peut être basée sur des symptômes physiques saillants ou sur des forces surnaturelles perçues.

Il est clair qu'au niveau mondial, la médecine traditionnelle échappe à une définition ou à une description précise, étant donné qu'elle contient des caractéristiques et points de vue divers et parfois contraires. Une définition de travail est néanmoins utile. Pour l'OMS, une telle définition doit nécessairement être complète et exhaustive.

L'OMS définit donc la médecine traditionnelle comme comprenant diverses pratiques, approches, connaissances et croyances sanitaires intégrant des médicaments à base de plantes, d'animaux et/ou de minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices, appliqués seuls ou en association afin de maintenir le bien-être et traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie.

^d Les médicaments à base de plantes comprennent les plantes, les matières végétales, les préparations à base de plantes et les produits à base de plantes finis qui contiennent comme ingrédients actifs des parties de plantes ou autres matières végétales ou une combinaison des deux.

Médecine complémentaire et parallèle

Les termes « médecine complémentaire » et « médecine parallèle » (parfois également « médecine non-conventionnelle » ou « médecine alternative ») font référence à un vaste

« Parler de médecine « alternative » c'est...
comme parler d'étrangers : les deux termes sont
vaguement péjoratifs et font référence à de
vastes catégories hétérogènes définies par ce
qu'elles ne sont pas au lieu de ce qu'elles sont. »

ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition du pays même ou ne sont pas intégrées à son système de santé prédominant.

L'acupuncture est une thérapie de la médecine traditionnelle chinoise mais de nombreux

pays européens la définissent, et définissent la médecine traditionnelle chinoise en général, comme une médecine complémentaire ou parallèle parce qu'elle ne fait pas partie de leurs propres traditions en matière de santé. De même, étant donné que l'homéopathie et les systèmes de chiropraxie ont été développés en Europe au 18^{ème} siècle, après l'introduction de l'allopathie, ils ne sont pas considérés comme des systèmes de MTR, ni incorporés aux modes dominants de soins de santé en Europe. Ils sont considérés comme une forme de MCP.^e

Certaines thérapies de MTR/MCP courantes, décrites dans la série du *British Medical Journal* de 1999 sur la MCP, figurent dans le tableau 1. Le tableau est loin d'être exhaustif et de nouvelles branches de disciplines établies sont constamment développées.

Tableau 1

Thérapies et techniques thérapeutiques de MTR/MCP communément utilisées

	Médecine chinoise	Ayurvéda	Unani	Naturopathie	Ostéopathie	Homéopathie	Chiropraxie	Autres
Médicaments à base de plantes	●	●	●	●	■	●		● ^a
Acupuncture/acupression	●				■			■ ^b
Thérapies manuelles	Tuina ^c	●	●	■	●		●	Shiatsu ^d
Thérapies spirituelles	●	●	●	●				Hypnose, guérisseurs, méditation
Exercices	Qigong ^e	Yoga		Relaxation				

● – utilise couramment cette thérapie/technique thérapeutique

■ – utilise parfois cette thérapie/technique thérapeutique

■ – utilise le toucher thérapeutique

^a par exemple, de nombreux systèmes de MTR non officiels en Afrique et en Amérique latine utilisent les médicaments à base de plantes.

^b par exemple, en Thaïlande, certaines thérapies de MTR d'usage courant incorporent l'acupuncture et l'acupression.

^c type de thérapie manuelle utilisé dans la médecine traditionnelle chinoise.

^d fait référence à la thérapie manuelle d'origine japonaise consistant à appliquer une pression avec les pouces, paumes etc. à certaines parties du corps.

^e composante de la médecine traditionnelle chinoise qui allie le mouvement et le contrôle de la respiration pour améliorer le flux d'énergie vitale (qui) dans le corps et ainsi améliorer la circulation et la fonction immunitaire.

^e En conséquence, dans ce document, le terme « médecine traditionnelle » est utilisé en référence à l'Afrique, l'Amérique latine, l'Asie du Sud-Est, et/ou le Pacifique occidental, tandis que le terme « médecine complémentaire et parallèle » est utilisé en référence à l'Europe et/ou l'Amérique du Nord (et l'Australie). Pour les références, dans un sens général, à toutes ces régions, le terme global de MTR/MCP est utilisé.

Incorporation de la MTR/MCP dans les systèmes nationaux de soins de santé

L'OMS a défini trois types de systèmes de soins de santé pour décrire dans quelle mesure la MTR/MCP est un élément officiellement reconnu des soins de santé.

Dans un **système intégratif**, la MTR/MCP est officiellement reconnue et intégrée dans tous les domaines de l'offre de soins de santé. Cela signifie que : la MTR/MCP est incluse dans la politique pharmaceutique nationale du pays concerné, les prestataires et les produits sont agréés et réglementés, les thérapies de MTR/MCP sont disponibles dans les hôpitaux et cliniques (publics et privés), le traitement par la MTR/MCP est remboursé par le système de sécurité sociale, la recherche appropriée est effectuée et l'enseignement de la MTR/MCP est disponible. A l'échelle mondiale, seuls la Chine, la République populaire démocratique de Corée, la République de Corée et le Vietnam peuvent être considérés comme ayant atteint un système intégratif (Tableau 2).

Un **système inclusif** reconnaît la MTR/MCP mais ne l'a pas encore entièrement intégrée à tous les aspects des soins de santé, qu'il s'agisse de l'offre de soins, de l'éducation et de la formation ou de la réglementation. La MTR/MCP peut ne pas être disponible à tous les niveaux des soins de santé, la sécurité sociale peut ne pas couvrir le traitement par la MTR/MCP, l'éducation officielle en matière de MTR/MCP peut ne pas être disponible au niveau universitaire et la réglementation des prestataires et produits de MTR/MCP peut être absente ou partielle seulement. Ceci dit, un travail consacré à la formulation de politiques, à la réglementation, la pratique, la couverture d'assurance santé, la recherche et l'éducation est en cours. Les pays possédant un système inclusif comprennent les pays en voie de développement tels que la Guinée équatoriale, le Nigeria et le Mali qui ont une politique nationale relative à la MTR/MCP mais peu ou aucune réglementation des produits de MTR/MCP et les pays développés tels que le Canada et le Royaume-Uni qui n'offrent pas d'enseignement significatif au

niveau universitaire en MTR/MCP mais qui font des efforts concertés pour assurer la qualité et l'innocuité de la MTR/MCP. En dernière analyse, les pays utilisant un système inclusif atteindront probablement un système intégratif (Tableau 3).

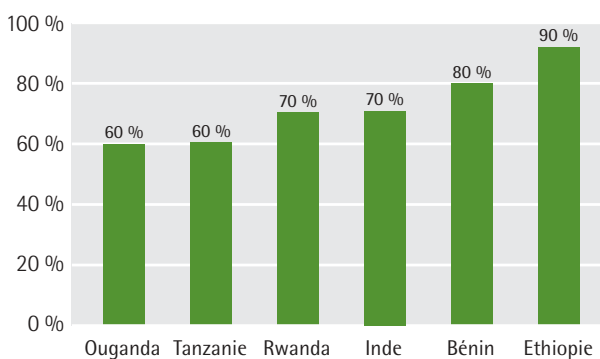
Dans les pays possédant un **système tolérant**, le système national de soins de santé est entièrement basé sur l'allopathie mais certaines pratiques de MTR/MCP sont tolérées par la loi.

1.2 Usage et attrait généraux

Dans de nombreux pays en voie de développement, selon les déclarations fréquentes des rapports de gouvernements, la majorité de la population continue d'utiliser la MTR pour répondre à ses besoins primaires en matière de soins de santé (Figure 1). De même, la

Figure 1

L'utilisation de la MTR pour les soins de santé primaires est très répandue dans certains pays en voie de développement



Sources : rapports de gouvernements à l'Organisation mondiale de la Santé

résolution *Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine* adoptée par la 50^{ème} session du Comité régional de l'Afrique en août 2000, affirme qu'environ 80 % de la population des États membres africains utilisent la MTR pour répondre à leurs besoins en matière de soins de santé.² L'utilisation d'accoucheuses traditionnelles (AT) en fait partie. En fait, reconnaissant la contribution que peuvent apporter les AT aux

Tableau 2 Exemples de pays ayant adopté une démarche intégrative vis-à-vis de la MTR/MCP

Politique nationale de MTR/MCP	Unité ou département de MTR/MCP au sein du ministère de la Santé	Réglementation des produits à base de plantes et de l'industrie de ces produits	Ressources humaines en MTR	Pratique à tous les niveaux y compris hôpitaux publics (si pratiquée dans les hôpitaux publics, la MTR/MCP est intégrée au système national de soins de santé)	Couverture de sécurité sociale pour traitements et produits	Instituts nationaux de recherche en MTR/MCP	Enseignement officiel au niveau universitaire couvrant à la fois la MTR et la MA pour les médecins, pharmaciens et infirmières
Chine	Administration nationale de la médecine traditionnelle et complémentaire (MTC)	Réglementation – Oui La pharmacopée comprend les plantes Listes de médicaments essentiels comprend médicaments à base de plantes Fabricants Producteurs de plantes	Docteurs de MTR Docteurs de MTR/MA Pharmaciens de MCP Doc. associés de MTR Pharmaciens de MA	Hôpitaux de MTR Hôpitaux de MTR/MA Total de lits Hôpitaux de MTR pour groupes minoritaires	Intégrale	170 instituts de recherche nationaux et d'état	30 universités de MTR 3 collèges de MTR pour groupes minoritaires 51 écoles techniques médicales de MTR
République de Corée	Bureau de la médecine orientale	Réglementation – Oui Pharmacopée comprend les plantes	Docteurs orientaux Acupuncteurs	107 hôpitaux de médecine orientale et 6 590 cliniques locales de médecine orientale	Intégrale	1 institut national de recherche	11 universités de médecine orientale
Vietnam	Département de la MTR	Réglementation – Oui Liste de médicaments essentiels comprend médicaments à base de plantes Fabricants d'état	Docteurs de MTR Acupuncteurs Tradipraticiens	48 hôpitaux possédant un service de MTR	Intégrale	3 instituts nationaux de recherche	Faculté de MTR dans 3 collèges médicaux, 2 écoles techniques médicales de MTR

Sources : rapports de gouvernements à l'Organisation mondiale de la Santé

Tableau 3 Exemples de pays ayant adopté une démarche inclusive vis-à-vis de la MTR/MCP

Politique nationale de MTR/MCP	Unité ou département de MTR/MCP au sein du ministère de la Santé	Réglementation de la MTR ou des produits à base de plantes ou à la fois de la MTR et des produits à base de plantes	MTR/MCP pratiquée à tous les niveaux y compris hôpitaux publics (si pratiquée dans les hôpitaux publics, la MTR/MCP est intégrée au système national de soins de santé)	Couverture de sécurité sociale pour traitements et produits	Institut de recherche en MTR/MCP au niveau national ou universitaire	Enseignement officiel au niveau universitaire couvrant à la fois MTR et MA pour médecins, pharmaciens et infirmières
Inde	Oui	Les deux	Oui, dans certains hôpitaux	Non	Oui	Oui
Sri Lanka	Oui	Les deux	Non	Non	Non	Non
Indonésie	Oui	Les deux	Oui, dans certains hôpitaux	Non	Oui	Non
Japon	Non	Les deux	Oui, dans certains hôpitaux	Oui	Oui, dans certaines préfectures	Non
Australie	Non	Produits à base de plantes	Oui, dans certains hôpitaux	Partielle	Non	Oui
Emirats Arabes Unis	Non	Les deux	Oui, dans certains hôpitaux	Non	Oui	Non
Allemagne	Non	Les deux	Oui, dans certains hôpitaux	Partielle	Oui	Non
Norvège	Oui	Personnel en charge	Oui, dans certains hôpitaux	Partielle	Oui, dans une université d'État	Non
Royaume-Uni	Oui	Non	Oui, dans certains hôpitaux	Partielle	Non	Non, en préparation
Canada	Oui	Les deux	Oui, dans certains hôpitaux	Partielle	Oui, dans quelques universités d'État	Non
USA	Non	Les deux	Oui, dans certains hôpitaux	Partielle	Oui, NCCAM et dans quelques universités d'État	Non
Ghana	Oui	Les deux	Non	Non	Oui	Non
Nigeria	Oui	Les deux	Oui	Non	Oui	Non

Sources : rapports de gouvernements à l'Organisation mondiale de la Santé

soins de santé primaires, plusieurs pays africains ont mis sur pied des programmes de formation visant à améliorer les compétences des AT et leurs connaissances en matière de soins de santé primaires (Figure 2). Certains de ces pays assurent également une formation en MTR pour les pharmaciens, médecins et infirmières.

Figure 2
Pays africains possédant des programmes de formation aux soins de santé pour les accoucheuses traditionnelles

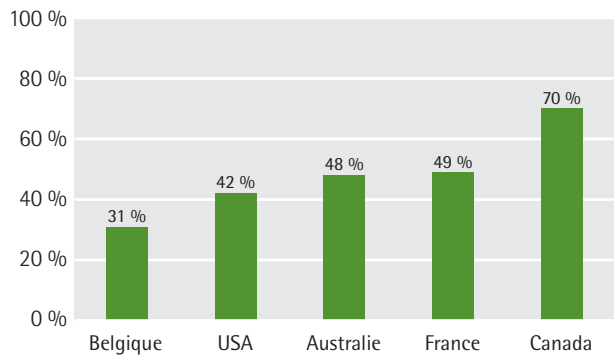


Dans de nombreux pays asiatiques, la MTR continue d'être largement utilisée, même si l'allopathie est souvent facilement disponible. Au Japon, 60 à 70 % des allopathes prescrivent des médicaments « kampo » à leurs patients. En Malaisie, les formes traditionnelles de médecine malaise, chinoise et indienne sont très utilisées. En Chine, la MTR représente 40 % de tous les soins de santé administrés et est utilisée pour traiter approximativement 200 millions de patients chaque année.⁴ Pour l'Amérique latine, le bureau régional des Amériques de l'OMS (AMRO/PAHO) rapporte que 71 % de la population du Chili et 40 % de la population de Colombie ont utilisé la MTR.⁵

Dans de nombreux pays développés, certaines thérapies de MCP sont très populaires.

Divers rapports gouvernementaux et non-gouvernementaux (Figure 3) affirment que le pourcentage de la population ayant eu recours à la MCP est de 41 % en Australie, 49 % en

Figure 3
Pourcentage de population ayant eu recours à la MCP au moins une fois dans certains pays développés



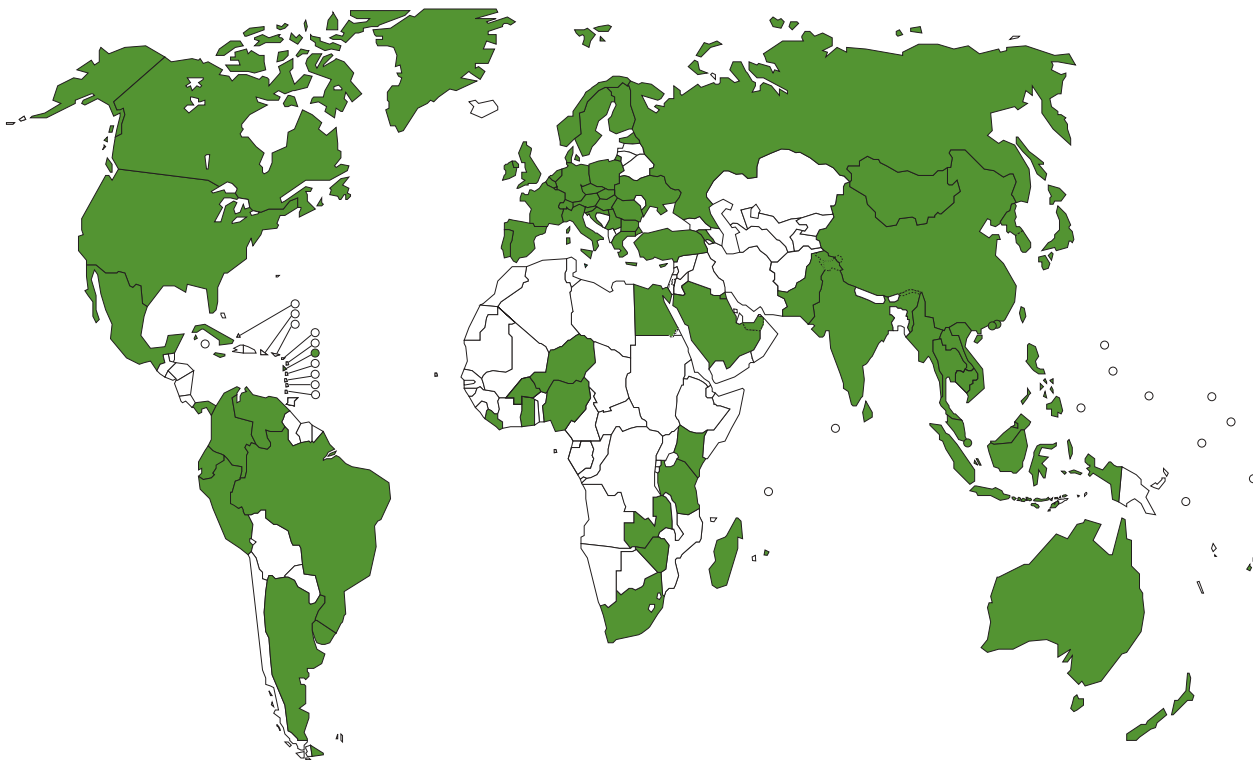
Sources : Fisher P et Ward A, 1999 ; Santé Canada, 2001, Organisation mondiale de la Santé, 1998.^{7,8,6}

France et 70 % au Canada.^{6,7,8} Une étude auprès de 610 médecins suisses montre que 46 % ont utilisé une forme de MCP, principalement l'homéopathie et l'acupuncture. Ceci est comparable au chiffre de MCP pour la population suisse dans son ensemble.⁹ Au Royaume-Uni, presque 40 % de tous les allopathes proposent une forme ou une autre de renvoi ou d'accès à la MCP.¹⁰ Aux États-Unis, une étude nationale traitée dans le *Journal of the American Medical Association* indiquait que le recours à, au moins, 1 de 16 thérapies alternatives durant l'année précédente avait augmenté de 34 % en 1990 à 42 % en 1997.¹³ Le nombre de visites aux prestataires de MCP excède maintenant de loin celui des visites à tous les médecins de soins primaires aux États-Unis.

L'acupuncture est particulièrement populaire. Originnaire de Chine, elle est maintenant utilisée dans au moins 78 pays et pratiquée non seulement par les acupuncteurs mais également par les allopathes (Figure 4). Selon la Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture-moxibustion, il existe au moins 50 000 acupuncteurs en Asie. En Europe, leur nombre est estimé à 15 000, dont des allopathes

Figure 4

Pays où l'acupuncture est pratiquée par des médecins allopathes seulement ou à la fois par des médecins allopathes et des acupuncteurs



Sources : Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture-moxibustion, 2000 ; Organisation mondiale de la Santé, dans la presse.^{11,12}

pratiquant également en tant qu'acupuncteurs. En Belgique, 74 % des traitements par l'acupuncture sont administrés par des allopathes. En Allemagne, 77 % des cliniques antidouleur proposent l'acupuncture. Au Royaume-Uni, 46 % des allopathes recommandent à leurs patients de s'adresser à un acupuncteur ou les traitent eux-mêmes. Les États-Unis comptent 120 000 acupuncteurs agréés. La pratique de l'acupuncture est légale dans 38 États et six États développent actuellement des politiques relatives à la pratique de l'acupuncture.^{11,14,15}

1.3 Dépenses

Les rapports sur les dépenses nationales totales en MTR/MCP sont peu nombreux. L'information sur les débours pour l'autotraitement avec la MTR/MCP est encore plus rare. Quelques chiffres sont cependant disponibles et, étant donné que la MTR/MCP est de plus en plus utilisée dans le monde entier, les dépenses

publiques et privées sont clairement en hausse. En Malaisie, on estime que 500 millions de \$US sont dépensés annuellement en MTR/MCP, en comparaison des 300 millions de \$US en allopathie.⁶ Aux États-Unis, les débours en 1997 pour la MCP étaient estimés à 2 700 millions de \$, ce qui est comparable aux débours projetés pour tous les services médicaux pour 1997.¹³ Au Royaume-Uni, les dépenses annuelles en MCP sont estimées à 2 300 millions de \$US respectivement.¹⁶ Au Canada, il est estimé qu'un total de 2 400 millions de \$US ont été dépensés en 1997–1997 en MCP.⁸

Le marché mondial des médicaments traditionnels à base de plantes est maintenant estimé à 60 mille millions de \$US.¹⁷ Aux États-Unis, les ventes de médicaments à base de plantes ont augmenté de 101 % dans les marchés principaux entre mai 1996 et mai 1998. Les produits à base de plantes les plus demandés sont le ginseng, le *Ginkgo biloba*, l'ail, l'*Echinacea* et le millepertuis (Tableau 4).¹⁸

Tableau 4

Augmentation des ventes des produits à base de plante les plus populaires aux Etats-Unis 1997–1998

Plante	Ventes en millions de \$US 1997	Ventes en millions de \$US 1998	% d'augment- ation des ventes
Total des compléments à base de plantes	292	587	101
Echinacée	33	64	96
Ail	66	81	24
<i>Ginkgo biloba</i>	52	126	143
Ginseng	76	96	26
Millepertuis	1	103	102
Autres plantes	64	118	85

Source : données de Scanner Data, FDM, Inc., USA.¹⁸

1.4 Justifier l'usage et l'intérêt accru

Accessible et abordable dans les pays en voie de développement

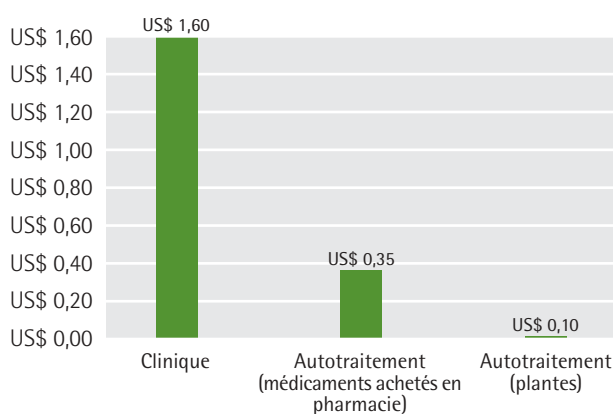
Dans certains pays en voie de développement, la MTR est largement plus disponible que la médecine allopathique. En Tanzanie, en Ouganda et en Zambie, les chercheurs ont constaté un ratio de 1/200–1/400 de tradipraticiens^f par population. Ceci contraste vivement avec la disponibilité des allopathes dont le ratio est typiquement de 1/200 ou moins.^{19,20} Une enquête effectuée en 1991 par l'Agence américaine pour le développement international a constaté qu'en Afrique subsaharienne, les tradipraticiens sont plus nombreux que les allopathes à raison de 100 tradipraticiens pour 1 allopathe.²¹ Par ailleurs, les allopathes se trouvent principalement dans les villes ou autres zones urbaines. En conséquence, pour de nombreuses populations rurales, la MTR est la seule source de soins de santé disponible. Des études conduites par le programme Faire Reculer le Paludisme en 1998 indiquent qu'au Ghana, au Mali, au Nigeria et en Zambie, plus de 60 % des enfants souffrant de forte fièvre sont traités à domicile à l'aide de médicaments à base de plantes.^{22,23,24,25}

^f Les tradipraticiens sont généralement des guérisseurs traditionnels, rebouteux, herboristes, etc. Les prestataires de MTR comprennent à la fois les tradipraticiens et les professionnels de médecine allopathique tels que les médecins, dentistes et infirmières qui assurent les thérapies de MTR/MCP pour leurs patients. Par ex. de nombreux docteurs en médecine utilisent également l'acupuncture pour traiter leurs patients.

L'une des raisons clés citées est la facilité d'accès aux médicaments à base de plantes dans les régions rurales (Voir également la figure 5).

La MTR est parfois aussi la seule source de soins de santé financièrement abordable, particulièrement pour les patients les plus pauvres. Au Ghana, au Kenya et au Mali, les travaux de recherche indiquent qu'un traitement antipaludéen de pyriméthamine/sulfadoxine peut coûter plusieurs dollars. Cependant, le total des dépenses du Ghana et du Kenya pour la santé se situe aux alentours de 6 \$US seulement par habitant et par année. Autrement dit, certaines populations n'ont tout simplement pas les moyens d'acheter des médicaments chimiques.²⁷ D'un autre côté, les médicaments à base de plantes peuvent être non seulement relativement bon marché mais payables en nature et/ou en fonction de la « richesse » du client. De même,

Figure 5
Le traitement du paludisme au Ghana par des médicaments à base de plantes est considérablement moins onéreux que d'autres formes de soins de santé



Source : adaptée de Ahorlu C et al., 1997.²⁶

au Salvador, le prix du traitement d'un enfant souffrant de diarrhée en consultation externe dans un hôpital public, y compris les frais de consultation et de médicaments, peut atteindre 50 \$US. Le traitement par un tradipraticien

peut ne pas dépasser 5 \$US ou être payable en nature.²⁸

Une meilleure accessibilité des tradipraticiens et une plus grande confiance en leur aptitude à gérer des maladies débilitantes et incurables expliquent probablement pourquoi la plupart des Africains vivant avec le VIH/SIDA utilisent des médicaments traditionnels à base de plantes pour soulager leurs symptômes et gérer les infections opportunistes. Les tradipraticiens sont bien connus dans leurs communautés pour leur savoir-faire en matière de soins de santé et prévention de nombreuses maladies sexuellement transmises.⁹ En même temps, la MTR est souvent intégrée à des systèmes de croyance

« Il a été argumenté lors [d'une] réunion parrainée par l'ONUSIDA à Kampala [en juin 2000] que la médecine traditionnelle assume, au sens réel, la charge des soins cliniques de l'épidémie de SIDA en Afrique. Cette tendance a largement été ignorée par les ministères de la Santé et les agences internationales. »³¹

plus larges et continue d'être une partie intégrante et importante de la vie de nombreuses personnes. L'ONUSIDA préconise donc la collaboration avec les tradipraticiens au niveau de la prévention et des soins du SIDA en Afrique susaharienne.^{29,30}

La MTR est aussi couramment utilisée dans les pays d'Asie en voie de développement. Le gouvernement indien a rapporté que pour 65 % de sa population, la MTR est la seule source disponible de soins de santé. Les gouvernements de certains pays asiatiques encouragent activement l'usage de la MTR. Le ministère de la Santé de la République populaire démocratique du Laos encourage l'utilisation de la MTR, y compris la distribution générale parmi les communautés du

rapport *Medicines in Your Garden* [Vos médicaments sont dans votre jardin]. En Thaïlande, le ministère de la Santé travaille à améliorer la sensibilisation aux plantes médicinales et à leur utilisation pour les soins de santé primaires. Ce travail comprend la publication du *Manual of Medical Plants for Primary Health Care* [Manuel de plantes médicinales pour les soins de santé primaires].

Une approche alternative ou complémentaire des soins de santé dans les pays développés

Dans de nombreux pays développés, l'usage accru de la MCP indique que des facteurs autres que la tradition et le coût entrent en jeu. Les inquiétudes suscitées par les effets nocifs des médicaments chimiques, la remise en question des démarches et présomptions de l'allopathie, un plus grand accès du public à l'information sur la santé, des valeurs changeantes et une tolérance réduite du paternalisme n'en sont que quelques-uns.^{16,32}

« La médecine traditionnelle est basée sur les besoins des individus. Différentes personnes peuvent recevoir des traitements différents même si, selon la médecine moderne, elles souffrent de la même maladie. La médecine traditionnelle est basée sur une croyance que chaque individu possède sa propre constitution et sa propre situation sociale qui entraînent des réactions différentes aux « causes de la maladie » et au traitement. »⁶

En même temps, la prolongation de l'espérance de vie a multiplié les risques de développement de maladies chroniques débilitantes telles que les maladies cardiaques, le diabète et les troubles mentaux.²⁷ Bien que les traitements et techniques allopathiques soient abondants, certains patients n'y ont pas trouvé de solution satisfaisante. Les

⁹ Les chercheurs de quelques pays ont noté que certaines autres maladies et certains états non classifiés comme sexuellement transmis en nosologie biomédicale peuvent être considérés en tant que tels au niveau local par les guérisseurs traditionnels et leurs clients.

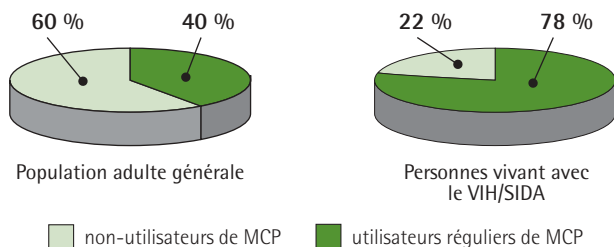
traitements et technologies n'ont pas été suffisamment efficaces ou ont causé des effets négatifs. Une enquête nationale menée aux États-Unis montre que la majorité des

« Il est impératif de reconnaître et affirmer le rôle essentiel de la médecine conventionnelle, sa capacité à satisfaire de manière compétente aux besoins de traitement des maladies et traumatismes graves, ses innovations techniques en matière de diagnostic et traitement et les applications cliniques croissantes de découvertes scientifiques élémentaires. Néanmoins, dans les domaines des soins complets et de la gestion des maladies chroniques, la médecine conventionnelle plus réductrice, mécanique et spécifique aux organes peut être insuffisante. »³⁷

personnes ayant recours à la MCP la considèrent davantage comme un « complément » de l'allopathie que comme une « alternative » à cette dernière.³³

Une étude récente constate que 78 % des patients vivant avec le VIH/SIDA aux États-Unis ont recours à une forme ou une autre de MCP (Figure 6).^{34,35,36}

Figure 6
Recours à la MCP par les patients vivant avec le VIH/SIDA aux États-Unis



Sources : Anderson W et al., 1993 ; Mason F, 1995 ; Ostrow MJ et al., 1997.^{34,35,36}

Dans les pays développés, les études du comportement des personnes en quête de santé et de la satisfaction de la clientèle, constatent un haut degré d'appréciation de la qualité des soins offerts par les prestataires de MCP. Les risques perçus comme relativement

bas associés à l'usage de thérapies de MTR basées sur des protocoles contribuent peut-être aussi à leur popularité. Dans une analyse des données de fautes professionnelles pour 1990-1996 aux États-Unis, il a été constaté que les plaintes contre chiropracteurs, masseurs et acupuncteurs étaient généralement moins fréquentes et impliquaient le plus souvent des préjudices mineurs, par rapport aux plaintes contre des médecins. Une recherche de documentation à l'échelle mondiale identifie 193 événements négatifs seulement suite à l'acupuncture (y compris des événements relativement mineurs tels que des hématomes et des vertiges) sur une période de 15 ans.³⁸

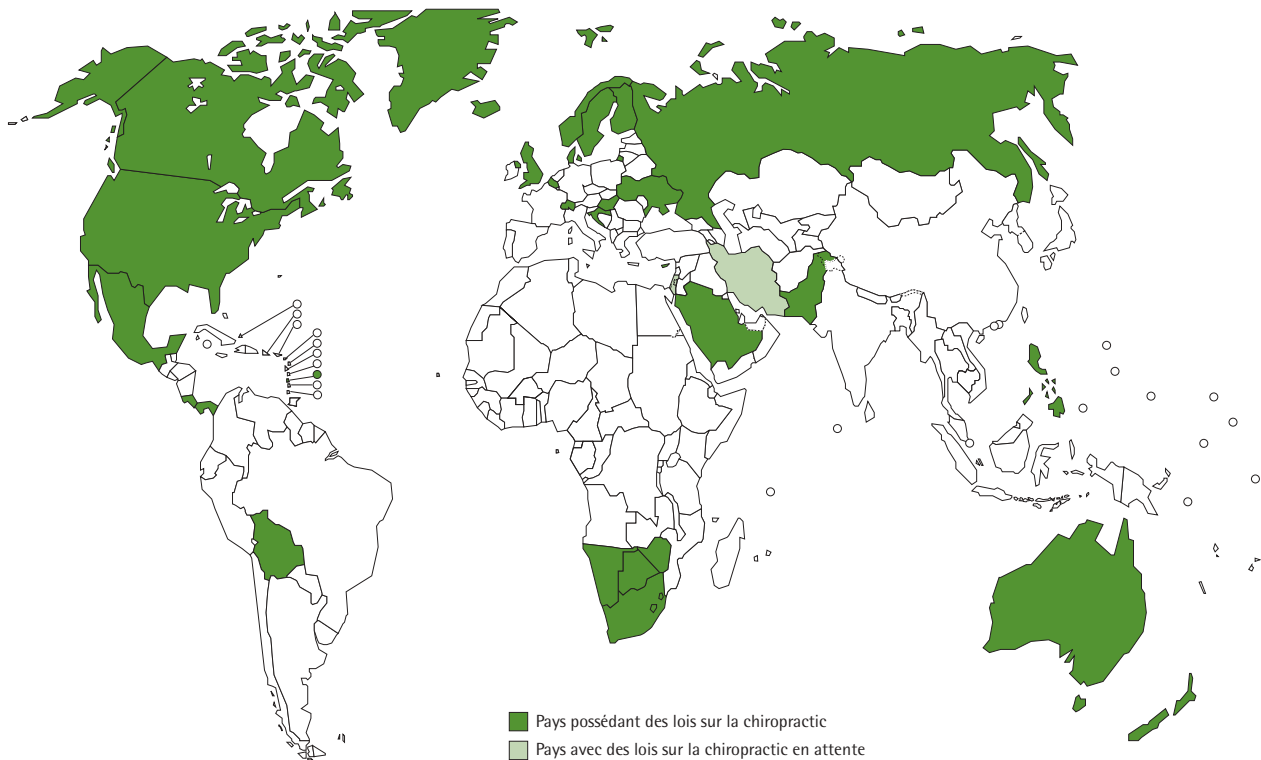
1.5 Réagir à la popularité de la MTR/MCP

Les gouvernements sont en train de réagir à l'utilisation croissante de la MTR/MCP. Plusieurs pays s'attachent actuellement à réglementer la chiropraxie et 24 pays possèdent déjà une telle réglementation (Figure 7). D'autres travaillent à la réglementation des médicaments à base de plantes ; le nombre d'États membres de l'OMS possédant des réglementations relatives aux médicaments à base de plantes a augmenté de 52 en 1994 à 64 en 2000 (Figure 8). En l'an 2000 seul, une réglementation des médicaments à base de plantes a été développée en Australie, au Canada, à Madagascar, au Nigeria et aux États-Unis. (L'OMS a apporté son assistance à Madagascar et au Nigeria pour le développement de ces réglementations.) Dans certains pays, les structures, les budgets et la formation consacrés à la MTR/MCP connaissent une croissance progressive (Tableau 5).

Le nombre grandissant d'instituts nationaux de recherche sur la MTR dans les pays en voie de développement est également un signe de l'importance croissante de la MTR. En fait, la plupart des pays en voie de développement possèdent aujourd'hui des instituts nationaux de recherche sur la MTR. Des exemples notables sont trouvés en Chine, au Ghana, en République populaire démocratique de Corée,

Figure 7

Les lois sur la chiropraxie sont maintenant répandues



Source : rapports de la Fédération mondiale de Chiropraxie et de l'Alliance mondiale de Chiropraxie en 2000.^{39,40}

en République de Corée, en Inde, au Mali, à Madagascar, au Nigeria, en Thaïlande, en Indonésie, en République populaire démocratique du Laos, à Sri Lanka et au Vietnam. (Voir aussi Figure 9.)

En même temps, dans les pays en voie de développement, la popularité de la MCP suscite des réactions de plus en plus approfondies. En 1995, le parlement norvégien a examiné comment la MCP pouvait être au mieux incorporée au service de santé norvégien. Ceci impliquait l'étude de la certification de la formation et de l'enseignement professionnels en MCP et la documentation des traitements de MCP. En 1997, le ministère de la Santé et des Affaires sociales a créé un comité chargé de se pencher sur divers aspects de la MCP. Son rapport proposait l'abrogation de la Loi sur la charlatanerie et la création d'un système d'agrément des prestataires de MCP. Il proposait également l'attribution de fonds sur une période de cinq ans pour améliorer les connaissances en MCP et promouvoir la coopération entre les prestataires de MCP et

le système de soins de santé de Norvège.⁴² Cette dernière proposition fut suivie au niveau international en 1999 par le *Memorandum of Understanding on Cooperation in Health* [protocole d'accord sur la coopération dans le domaine de la santé] signé par les ministres de la Santé de la République populaire de Chine et de Norvège. L'accord cherche à promouvoir la santé et les services de santé dans les deux pays, en se concentrant sur la MTR/MCP et le développement, la réglementation et l'organisation des hôpitaux.

Les prestations de MCP et leur usage ont également été officiellement examinés au Royaume-Uni suite à des inquiétudes croissantes au sujet de leur innocuité. A l'heure actuelle, à l'exception de l'ostéopathie et de la chiropraxie, qui sont protégées par la loi, n'importe qui peut pratiquer la MCP sans aucune formation. En 1999, la Chambre des Lords a demandé au Comité Science et Technologie d'effectuer une étude sur ce type de soins de santé. Le comité a recommandé la création d'un mécanisme central (financé par

Tableau 5

Un nombre croissant de pays africains ont établi des structures, un budget et une formation consacrés à la MTR

Pays	Cadre légal pour la MTR	Un organisme national d'administration ou de coordination	Association(s) de tradipraticiens	Registre de tradipraticiens	Budget national de MTR
Angola		●	●	●	
Botswana			●		
Burkina Faso	●	●	●		
Cameroun			●	●	
Côte d'Ivoire	●	●	●		●
Rép. Dém. du Congo	●	●			
Guinée équatoriale	●	●	●		
Érythrée					●
Éthiopie	●		●		●
Gambie				●	
Ghana	●	●	●		●
Lesotho	●	●	●	●	
Madagascar	●	●	●	●	
Malawi		●	●		
Mali	●	●	●	●	●
Mauritanie			●		
Mozambique	●		●		
Namibie	●	●	●		
Niger	●	●	●	●	
Nigeria	●	●	●		●
Rwanda		●	●	●	●
Sao Tome Et Principe	●	●	●		
Sénégal			●		●
Zambie	●	●	●	●	
Zimbabwe	●	●	●	●	

Source : Organisation mondiale de la Santé, 2000.³

le gouvernement et des sources caritatives) pour coordonner, conseiller et encadrer la formation concernant la recherche en MCP. En second lieu, il a suggéré que le *National Health Service Research and Development Directorate* et le *Medical Research Council* dédient les fonds de recherche à la création de centres d'excellence pour la recherche en MCP, utilisant comme modèle le *US National Centre for Complimentary and Alternative Medicine* (voir page suivante).¹⁶

Le nombre croissant de possibilités de formation et enseignement en MCP au Royaume-Uni reflète aussi un intérêt accru pour ce type de

soins de santé. La formation en acupuncture, par exemple, est assurée dans des cadres académiques de plus en plus nombreux. Des cours de MCP sont également proposés aux étudiants en médecine bien qu'ils aient tendance à ne fournir qu'une introduction théorique au lieu d'enseigner des techniques cliniques spécifiques. La proportion d'établissements d'enseignement médical au Royaume-Uni proposant des cours de ce type a augmenté de 10 % à 40 % entre 1995 et 1997.⁴³ Aux États-Unis, un grand nombre d'écoles de médecine proposent maintenant des cours facultatifs et des séminaires de MCP.⁴⁴

Figure 8

De plus en plus de pays réglementent les médicaments à base de plantes



Source : Organisation mondiale de la Santé, 1998⁴¹ et données rassemblées par l'Organisation mondiale de la Santé dans la période 1999–2001.

Dans les pays développés, le financement et l'établissement de travaux de recherche et unités de recherche en MCP dans les sites d'excellence augmente de même. Au Royaume-Uni, le *National Health Service* a récemment financé deux essais de l'acupuncture pour le traitement des douleurs chroniques tandis qu'en Allemagne, un centre de recherche en MCP à la *Technische Universität* de Munich a produit une série importante d'études systématiques.⁴³

Aux États-Unis, en 1992, le *US Congress* a créé l'*Office for Alternative Medicine* au sein du *National Institutes for Health* (voir <http://nccam.nih.gov/>). Le mandat de ce bureau fut étendu en 1999 et il est devenu le *National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)*. Le NCCAM a bénéficié d'augmentations budgétaires: en 2000, son budget s'était élevé à 68,4 millions de \$US (Figure 10). Simultanément en 2000, la Maison Blanche a créé la Commission de la Maison Blanche sur la Médecine Alternative.

Fondée sur un ordre exécutif le 8 mars 2000, la Commission est chargée de développer un ensemble de recommandations législatives et

Figure 9

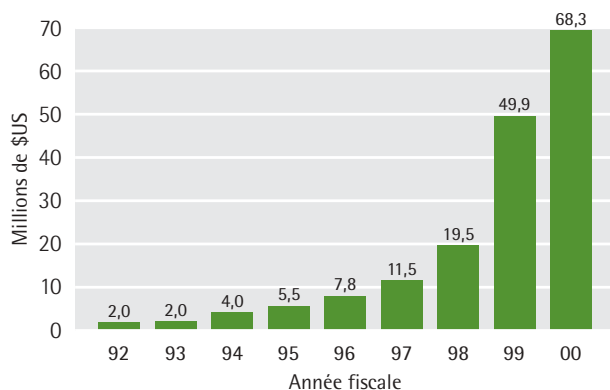
De nombreux pays africains possèdent des instituts de recherche en MTR



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2000.³

Figure 10

Le financement de la MCP connaît une croissance considérable aux Etats-Unis



Source : National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2000.⁴⁵

administratives pour maximiser les avantages de la MCP pour le grand public. Elle compte dix membres dont des sénateurs et des experts.

Les États-Unis possèdent également un grand nombre d'unités de recherche en MCP, basées dans des instituts de recherche tels que l'université de Maryland, Columbia University à New York, l'université de Harvard dans le Massachusetts et le Memorial Sloan-Kettering Cancer Center à New York.⁴³

L'activité internationale en MTR/MCP prend également une importance croissante. L'Union Européenne (UE) a récemment achevé un projet COST (Coopération européenne dans

le domaine de la recherche scientifique et technique) sur la « médecine non conventionnelle ». En outre, lors d'une assemblée parlementaire de l'UE en 1999 (intitulée *Une approche européenne des médecines non conventionnelles*), les États membres étaient appelés à favoriser la reconnaissance officielle de la MCP dans les facultés de médecine, à encourager son usage dans les hôpitaux et à encourager les médecins allopathes à étudier la MCP au niveau universitaire.⁴⁶ En Europe également, l'Agence européenne pour l'évaluation des produits médicinaux (EMA) effectue un travail consacré à la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicinaux à base de plantes. Un groupe de travail *ad hoc* sur les produits médicinaux à base de plantes a été créé par l'EMA en 1997. (Voir aussi le chapitre 4).

Plus récemment, la *Déclaration d'Ajuba sur la lutte contre le paludisme*, signée par les chefs d'États et de gouvernements africains de 53 pays en l'an 2000, reconnaissait la contribution importante de la MTR dans la lutte contre le paludisme. La *Déclaration* comprend également une requête auprès des gouvernements pour s'assurer l'efficacité d'un tel traitement et de le rendre disponible et accessible aux groupes les plus pauvres des collectivités.



L

La MTR/MCP possède de nombreux aspects positifs dont la diversité et la souplesse, l'accessibilité et l'abordabilité dans de nombreuses parties du monde, l'acceptation générale parmi de nombreux peuples de pays en voie de développement, une popularité accrue dans les pays développés, un coût relativement bas, un faible niveau de participation technologique et une importance économique grandissante. Tous peuvent être considérés comme des opportunités à maximiser.

Cependant, d'autres aspects de ce type de soins de santé peuvent être considérés comme des défis à surmonter. Parmi eux, le degré varié avec lequel la MTR/MCP est reconnue par les gouvernements, le manque de preuves scientifiques solides concernant l'efficacité d'un grand nombre de ces thérapies, les difficultés relatives à la protection des connaissances indigènes touchant à la MTR et les problèmes concernant les moyens d'en assurer un bon usage.

Grâce à son vaste éventail d'expertise en MTR/MCP, l'OMS est bien placée pour aider à aborder un grand nombre de ces défis. En effet, les États membres de l'OMS demandent de plus en plus, de manière répétée davantage d'aide et de conseils sur des questions de MTR/MCP, comme en témoignent les débats lors des réunions des comités régionaux de l'OMS, des Conférences internationales des autorités de réglementation pharmaceutique et des forums de gouvernements internationaux.

En 2000, le comité régional africain de l'OMS, auquel 25 ministres de la santé étaient présents, a demandé un soutien pour la création d'un environnement favorable à la MTR, le développement de directives pour la formulation et l'évaluation de politiques nationales de MTR et la mise au point de mécanismes visant à l'amélioration des environnements économique et réglementaire pour la production locale de médicaments traditionnels.² Des demandes similaires ont également été formulées par le bureau régional de l'Asie du Sud-Est de l'OMS (SEARO) en 1999⁴⁷ et par le forum gouvernemental sur la médecine traditionnelle en Chine en 2000 ainsi que par la 9^{ème} réunion de l'ICDRA en 1999.

Certains défis sont communs à plusieurs régions. Par exemple, les gouvernements chinois et indien se soucient de déterminer comment utiliser au mieux la MTR pour consolider les soins de santé dans les régions éloignées. En Afrique, de nombreux pays recherchent des moyens d'optimiser l'utilisation des ressources locales de MTR et de faire de la MTR une composante intégrée de formules sanitaires minimales. Pour les États membres de l'OMS en Europe, l'innocuité, la qualité, l'agrément des prestataires, les normes de formation, les méthodologies et les priorités de recherche sont rapidement devenus des thèmes de grande importance.

Tableau 6

Les défis de la MTR/MCP se divisent en quatre catégories

Cadres de politique et réglementation nationales	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de reconnaissance officielle de la MTR/MCP et des prestataires de MTR/MCP • MTR/MCP non intégrée aux systèmes nationaux de soins de santé • Manque de mécanismes réglementaires et juridiques • Distribution équitable des bénéfices des connaissances et des produits des MTR indigènes • Attribution inadéquate des ressources pour le développement et l'augmentation de capacité de la MTR/MCP
Innocuité, efficacité et qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de méthodologie de recherche • Base factuelle inadéquate pour les thérapies et produits de MTR/MCP • Manque de normes internationales et nationales pour assurer l'innocuité, l'efficacité et le contrôle de qualité des thérapies et produits de MTR/MCP • Manque de réglementation et enregistrement adéquats des médicaments à base de plantes • Manque d'enregistrement des prestataires de MTR/MCP • Soutien inadéquat de la recherche
Accès	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de données mesurant les niveaux d'accès et l'abordabilité • Besoin d'identifier les thérapies et produits sûrs et efficaces • Manque de reconnaissance officielle du rôle des prestataires de MTR/MCP • Manque de coopération entre les prestataires de MTR/MCP et les praticiens allopathes • Usage non durable des ressources en plantes médicinales
Usage rationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de formation pour les prestataires de MTR/MCP et de formation à la MTR/MCP pour les praticiens allopathes • Manque de communication entre les tradipraticiens e les allopathes et entre les praticiens allopathes et les consommateurs • Manque d'information publique sur l'usage rationnel de la MTR/MCP

2.1 Que faut-il faire ?

Les problèmes les plus importants à aborder sont soulignés dans le Tableau 6 et sont divisés en quatre catégories :

- politique nationale et cadres réglementaires
- innocuité, efficacité et qualité
- accès
- usage rationnel.

2.2 Politiques nationales et cadre juridique

Bien que la MTR/MCP soit largement utilisée dans la prévention, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies, très peu de pays ont mis au point une politique nationale de MTR/MCP.

Cependant, de telles politiques sont nécessaires pour définir le rôle de la MTR/MCP dans les systèmes d'offre de soins de santé ainsi que sa

contribution à la réforme du secteur de la santé. Elles peuvent également assurer que les mécanismes réglementaires et juridiques nécessaires soient en place pour promouvoir

« Sans évaluation critique de ce qu'il faudrait ou non intégrer, nous risquons de développer un système de soins de santé plus onéreux, soit moins sûr et qui échoue au niveau de la gestion des maladies chroniques d'une manière responsable vis-à-vis du public. »³²

et entretenir de bonnes pratiques, pour assurer que l'accès à la MTR/MCP soit équitable et que l'authenticité, l'innocuité et l'efficacité des thérapies utilisées soient garanties. En l'absence de telles politiques, la MTR/MCP est pratiquée sans encadrement gouvernemental et sans protection du patient/consommateur.

Les politiques de MTR/MCP devraient donc recouvrir plusieurs questions : législation et réglementation des produits à base de plantes et de la pratique des thérapies ; recherche et développement ; attribution de ressources financières et autres (Tableau 7). En résumé, des politiques de MTR/MCP sérieuses peuvent augmenter les types de soins de santé sûrs et efficaces disponibles aux patients et consommateurs. Aujourd'hui, 25 seulement des 191 États membres de l'OMS ont mis au point une politique nationale de MTR/MCP.

Tableau 7

Éléments clés à inclure dans une politique nationale de MTR/MCP

- Définition de la MTR/MCP.
- Définition du rôle du gouvernement dans le développement de la MTR/MCP.
- Assurance de l'innocuité et de la qualité des thérapies et produits de MTR/MCP.
- Création ou expansion de la législation relative aux prestataires de MTR/MCP et réglementation des médicaments à base de plantes.
- Éducation et formation des prestataires de MTR/MCP.
- Promotion d'un usage correct de la MTR/MCP.
- Renforcement des capacités des ressources humaines de MTR/MCP, y compris attribution de ressources financières.
- Couverture par l'assurance santé de l'État.
- Prise en compte des questions de propriété intellectuelle.

Il convient également de se pencher sur les questions de propriété intellectuelle si le pays concerné est riche en connaissances relatives à la MTR/MCP et/ou en ressources naturelles utilisées pour les produits de MTR/MCP. Certains groupes recommandent de protéger la MTR en utilisant les formes existantes ou des formes nouvelles de droits de propriété intellectuelle. D'autres sont opposés à cette suggestion pour des raisons éthiques et économiques. Néanmoins, le « biopiratage » ou appropriation illicite de connaissances et matériaux relatifs à la MTR, est généralement condamné. Il est clair qu'au moment de la rédaction de politiques nationales de MTR/MCP, les objectifs et implications de la protection des droits de propriété intellectuelle devraient être considérés dans le détail.⁴⁸

En effet, il convient d'exercer une grande prudence au niveau du développement de politiques de MTR/MCP. Une évaluation consciencieuse doit tout d'abord être faite de l'usage et de la pratique de la MTR/MCP dans le pays concerné ainsi que des moyens les plus appropriés de l'utiliser pour l'aider à atteindre ses objectifs en matière de soins de santé. Les politiques nationales devraient être avantageuses pour les patients utilisant les thérapies de MTR/MCP. Elles échouent sur ce plan si elles sont : incapables d'assurer l'innocuité, l'efficacité et la qualité des produits et pratiques de MTR/MCP, restreignent inutilement la pratique de la MTR/MCP, entraînent des frais de santé plus élevés, limitent de manière injustifiable les options de traitement du patient ou réduisent la capacité des allopathes à renvoyer leurs patients à des tradipraticiens.

2.3 Innocuité, efficacité, qualité

L'allopathie se base sur la culture occidentale. En conséquence, les praticiens mettent l'accent sur son approche scientifique et affirment qu'elle est dépourvue de valeurs et n'est pas marquée par des valeurs culturelles. Les thérapies de MTR/MCP se sont développées différemment, ayant été en grande partie influencées par la culture et les conditions historiques dans lesquelles leur évolution a commencé. Leur base commune est une approche holistique de la vie, l'équilibre entre l'esprit, le corps et leur environnement et un accent sur la santé plutôt que sur la maladie. Dans l'ensemble, le praticien se concentre sur l'état général du patient individuel au lieu de se concentrer sur la douleur ou la maladie dont il souffre.



Cette approche plus complexe des soins de santé fait de la MTR/MCP une proposition très attrayante pour de nombreuses personnes. Cependant, elle rend également l'évaluation extrêmement difficile étant donné le grand

nombre de facteurs devant être pris en compte. Par ailleurs, vu que les pratiques de MTR/MCP se sont développées au sein de cultures différentes dans des régions différentes, il n'y pas eu de développement parallèle de normes et méthodes, nationales ou internationales, pour entreprendre cette

« La quantité et la qualité des données d'innocuité et d'efficacité de la médecine traditionnelle sont loin de suffire pour répondre aux critères requis dans le but d'en soutenir l'usage à l'échelle mondiale. Les raisons du manque de données de recherche résident non seulement dans les politiques de soins de santé mais également dans l'absence d'une méthodologie de recherche adéquate ou acceptée pour évaluer la médecine traditionnelle. Il faut aussi noter qu'il existe des données publiées et non publiées sur la recherche en médecine traditionnelle dans divers pays mais qu'une recherche complémentaire consacrée à l'innocuité et à l'efficacité devrait être encouragée et que la qualité de la recherche devrait être améliorée. »⁴⁹

évaluation. En outre, les prestataires de MCP peuvent venir d'un milieu culturel et philosophique différant radicalement de celui qui entoure le développement original d'une thérapie. Ceci peut entraîner des problèmes d'interprétation et d'application. En conséquence et à juste titre, les allopathes de certains pays se sont montrés réticents à renvoyer leurs patients aux prestataires de MCP. (Ceci a, à son tour, rendu les systèmes de sécurité sociale peu disposés à rembourser les traitements de MCP, réduisant en fait le choix de soins de santé des patients.)

L'évaluation des produits de MTR/MCP, tels que les médicaments à base de plantes, est particulièrement difficile. La précision de l'identification des plantes est essentielle, tout

comme l'est l'isolation des ingrédients actifs. Cette dernière est complexe, cependant, parce que les propriétés des plantes médicinales sont influencées par le moment de la récolte des plantes et leur origine géographique (y compris les conditions environnementales). En même temps, une seule plante médicinale peut contenir des centaines de constituants naturels. Déterminer quel constituant est responsable de quel effet peut donc représenter un coût prohibitif. Cependant, étant donné la popularité mondiale des médicaments à base de plantes, un moyen largement applicable, approprié et efficace de les évaluer avec des ressources limitées est nécessaire de toute urgence.

Recherche, méthodologie de recherche et rentabilité

Il n'est peut-être pas surprenant que les études aient montré que les essais cliniques sont peu nombreux, petits et insuffisamment contrôlés. Le *Cochrane Complementary Field* (voir Chapitre 4) a constaté que les articles indexés sous « médecine alternative » ne constituent que 0,4 % du nombre total d'articles listés dans MEDLINE pour la période 1966–1996. (Cependant, le total annuel a progressivement augmenté pendant cette période et la proportion croissante de rapports d'essais thérapeutiques randomisés (ETR) suggère une tendance vers une approche factuelle de la médecine.) Quelques-uns seulement des ETR signalés comprennent les coûts (encourus pour la thérapie en question et comprenant le coût de la consultation, des matériaux utilisés, etc.). En fait, très peu d'analyses économiques fiables et complètes de la MTR/MCP ont été effectuées.

Le défaut de soutien à la recherche dans ce domaine au cours de ces quelques dernières années s'est soldé par un manque de données et de développement de méthodologies pour l'évaluation de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de la MTR/MCP. Cependant, il existe des indications qu'au moins certaines des thérapies alternatives les plus communément utilisées, par exemple certaines phytothérapies,

thérapies manipulatives et techniques de réduction de la tension nerveuse par le comportement telles que la méditation transcendantale, peuvent être un moyen

efficace de gérer les maladies chroniques (Encart 2). L'encart 3 indique quelques-unes des analyses de rentabilité les plus détaillées qui commencent à être entreprises. Des

Encart 2

UN POTENTIEL PROMETTEUR

Les médicaments à base de plantes et l'acupuncture sont les thérapies de MTR/MCP les plus couramment utilisées. Des rapports d'enquêtes sur leur efficacité clinique ont été publiés dans des journaux scientifiques internationaux de prestige. L'efficacité de l'acupuncture pour le soulagement de la douleur¹⁰ et de la nausée⁵⁰, par exemple, a été démontrée de façon probante et est maintenant reconnue dans le monde entier.

Pour les médicaments à base de plantes, certaines des preuves d'efficacité les plus connues (pour un produit à base de plantes), à côté de celles concernant l'*Artemisia annua* pour le traitement du paludisme, concernent le millepertuis pour le traitement de la dépression légère à modérée. Les patients connaissent généralement moins d'effets secondaires que quand ils sont traités par des antidépresseurs tels que l'amitriptyline. De telles constatations ont inspiré une recherche à l'échelle mondiale pour établir l'efficacité d'autres MTR/MCP très utilisées. En laboratoire, il a été

démonstré que certains extraits de plantes avaient divers effets pharmacologiques dont des effets anti-inflammatoires, vasodilatateurs, antimicrobiens, anticonvulsants, sédatifs et antipyrétiques.¹⁰ Cependant, presque aucune étude randomisée-contrôlée n'a été entreprise pour examiner la pratique et la prescription de traitements par les plantes dans leur travail quotidien. Ceci s'applique également à la plupart des autres thérapies de MTR/MCP.

En ce qui concerne les thérapies non-médicamenteuses, la série 1999 du *British Medical Journal* sur la MCP avance que les essais randomisés contrôlés prouvent de manière concluante que les techniques d'hypnose et de relaxation peuvent réduire l'anxiété et prévenir les troubles de panique et l'insomnie. Des essais randomisés ont également démontré la valeur de l'hypnose pour le traitement de l'asthme et de la colopathie spasmodique, du yoga pour l'asthme et du tai ji pour aider les personnes âgées à réduire leur peur des chutes.¹⁰

Encart 3

ÉTUDE DE RENTABILITÉ DE LA MCP AU PÉROU

Une étude entreprise par le Programme National du Pérou pour la Médecine Complémentaire et l'Organisation panaméricaine de la santé compare les pratiques de MCP aux pratiques de l'allopathie, telles qu'elles sont utilisées dans les cliniques et hôpitaux opérant au sein du système de sécurité sociale péruvien.

L'efficacité relative de la MCP est évaluée en termes de :

- ❖ efficacité thérapeutique observée
- ❖ satisfaction de l'utilisateur/du patient
- ❖ réduction du risque médical futur associé à un changement de mode de vie.

Les traitements de certaines pathologies du même degré de gravité sont comparés, tels qu'ils sont enregistrés dans les histoires de cas et/ou évaluations cliniques.

Un total de 339 patients, 170 traités par la MCP et 169 par l'allopathie, ont été suivis pendant un an. Les traitements des pathologies suivantes sont analysés : ostéoartrrose modérée, douleurs du dos, névroses basées sur l'anxiété, asthme léger ou intermittent, maladie de l'acide peptique, migraines nerveuses, obésité exogène et analyse faciale périphérique.

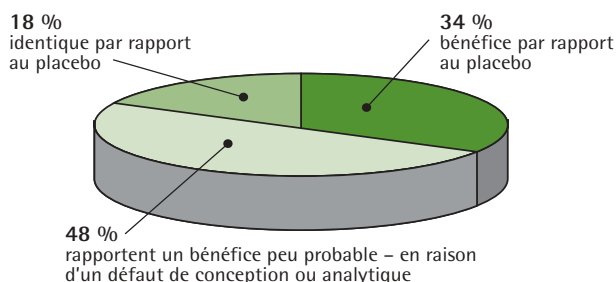
Les conclusions (95 % concluantes) peuvent être résumées comme suit :

1. La moyenne totale des coûts directs de l'utilisation de la MCP est inférieure aux frais encourus durant la thérapie conventionnelle. (Pour évaluer les coûts directs des deux systèmes, les coûts réellement encourus durant le traitement de chaque pathologie choisie sont calculés et comparés.)
2. Pour chacun des critères évalués : efficacité clinique, satisfaction de l'utilisateur et réduction du risque futur, l'efficacité de la MCP est supérieure à celle des traitements conventionnels, y compris :
 - ❖ moins d'effets secondaires
 - ❖ meilleure corrélation entre la perception de l'efficacité par le patient et l'observation clinique de l'efficacité
 - ❖ plus grande reconnaissance parmi les patients du rôle joué par les systèmes médicaux pour résoudre les problèmes de santé.
3. Le rapport coût-efficacité total de la MCP est de 53-63 % supérieur à celui des traitements conventionnels pour les pathologies sélectionnées.

Source : EsSalud et Organisation panaméricaine de la santé, 2000.⁵¹

Figure 11

De bonnes preuves d'efficacité existent pour certains médicaments à base de plantes mais l'évaluation est trop souvent inadéquate



% des essais thérapeutiques randomisés (ETR) montrant le bénéfice des médicaments à base de plantes (basés sur 50 ETR avec 10 médicaments à base de plantes pour 18 indications thérapeutiques)

Source : basé sur des données extraites de Herbal Medicines : an Evidence-based Look. Therapeutics Letter, numéro 25, juin-juillet 1998.

preuves plus fermes dans ce sens seraient d'une immense utilité pour la présentation d'arguments en faveur d'une plus grande reconnaissance et application de la MTR/MCP. En effet, cela sera essentiel pour que l'accès à la MTR/MCP soit encouragé et étendu, et pour que l'usage rationnel de ce type de soins de santé soit assuré.

Assurer l'innocuité et la qualité au niveau national

Les faibles niveaux d'activité ont également ralenti le développement de normes nationales pour assurer l'innocuité et la qualité des thérapies et produits de MTR/MCP. Plus particulièrement, le manque de conseils et d'information techniques a fait obstacle au développement d'une réglementation et d'un système de répertoire des médicaments à base de plantes. Ceci a, à son tour, ralenti le développement, par exemple, de systèmes nationaux de surveillance pour suivre et évaluer les événements négatifs. Le fait que 3 % seulement de 771 cas de contrefaçons de médicaments signalés à l'OMS jusqu'en avril 1997 concernaient des médicaments à base de plantes pourrait être une illustration de ce faible niveau de surveillance plutôt qu'une indication que les effets négatifs des médicaments à base de plantes sont rares.⁵²

Déterminer les besoins de recherche

Le 6^{ème} rapport du comité Science et Technologie de la Chambre des Lords cite plusieurs problèmes relatifs à la recherche en MCP au Royaume-Uni. Ils peuvent être considérés comme valables pour les problèmes de recherche dans ce domaine en général. Le comité constate une infrastructure de recherche médiocre et conclut que la recherche est souvent de mauvaise qualité parce que l'éthique n'est pas bien comprise, qu'il manque une méthodologie solide, que les ressources sont insuffisantes et que les chercheurs ne sont pas disposés à évaluer les faits. Un résumé des principaux besoins pour évaluer l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP est donné au tableau 8.

Quelques domaines prioritaires concernant la recherche sont soulignés au tableau 9.

Tableau 8

Besoins clés pour assurer l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP

Au niveau national :

- Réglementation et enregistrement des médicaments à base de plantes.
- Surveillance de l'innocuité des médicaments à base de plantes et autres MTR/MCP.
- Soutien à la recherche clinique en matière d'usage de la MTR/MCP pour le traitement des problèmes sanitaires communs du pays.
- Normes nationales, directives techniques et méthodologie pour l'évaluation de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de la MTR/MCP.
- Pharmacopée et monographies nationales des plantes médicinales.

Au niveau mondial :

- Accès à la connaissance existante de la MTR/MCP par l'échange d'information exacte et la création de réseaux.
- Partage des résultats de recherches sur l'usage de la MTR/MCP pour le traitement des maladies et états communs.
- Base factuelle sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité des produits et thérapies de MTR/MCP.

Tableau 9

Domaines prioritaires pour la recherche

- Effets de chaque thérapie individuelle : efficacité, innocuité et rentabilité.
- Étude des mécanismes d'action des thérapies individuelles, y compris les schémas de réaction au traitement.
- Étude du genre MTR/MCP lui-même, y compris étude sociale de la motivation des patients à la recherche de MTR/MCP et les schémas d'usage de la MTR/MCP.
- Recherche de nouvelles stratégies de recherche qui soient sensibles au paradigme MTR/MCP.
- Étude de l'efficacité des méthodes de diagnostic utilisées.
- Étude de la mise en œuvre et des effets de la MTR/MCP dans des cadres sanitaires spécifiques.

Source : House of Lords, 2000.¹⁶

2.4 Accès

Les statistiques démontrent de manière écrasante que ce sont les pays les plus pauvres du monde qui ont le plus besoin de traitements peu onéreux et efficaces pour les maladies transmissibles. Des 10,5 millions d'enfants décédés en 1999, 99 % venaient de pays en voie de développement. Plus de 50 % des décès d'enfants dans les pays en voie de développement sont dus à tout juste cinq maladies infectieuses. De même, 99 % des deux millions de décès causés par la tuberculose chaque année ont lieu dans les pays en voie de développement et 90 % des 30 millions de cas actuels de VIH/SIDA se trouvent en Afrique subsaharienne.⁵³



En même temps, l'accès aux médicaments chimiques

essentiels modernes est le plus restreint dans les régions où les populations souffrent le plus de maladies transmissibles. Les raisons en sont bien connues, à savoir, notamment, un financement inadéquat et une livraison médiocre des soins de santé. Dans les pays en voie de développement, cependant, la MTR peut être comparativement bon marché. Par ailleurs, les tradipraticiens peuvent être des prestataires de soins de santé largement respectés et estimés même s'ils ne sont pas forcément officiellement reconnus.

Toutefois, pour accroître l'accès à la MTR dans le but d'améliorer le statut sanitaire des pays en voie de développement, plusieurs problèmes doivent être résolus (Tableau 10). En premier lieu, des indicateurs fiables pour mesurer avec précision les niveaux d'accès à la MTR, à la fois financiers et géographiques, doivent être mis au point. Une recherche

Tableau 10

Besoins clés pour accroître la disponibilité et l'abordabilité de la MTR

Au niveau national et mondial :

- Identification des produits et thérapies de MTR/MCP les plus sûrs et les plus efficaces (y compris : preuves que la thérapie est efficace, preuves que la thérapie est sûre, preuves que la thérapie est économiquement avantageuse).
- Recherche d'un traitement de MTR/MCP sûr et efficace pour les maladies représentant le plus lourd fardeau, particulièrement pour les populations les plus pauvres.
- Reconnaissance du rôle des tradipraticiens au niveau de l'offre de soins de santé dans les pays en voie de développement.
- Optimisation et mise à jour des compétences des tradipraticiens dans les pays en voie de développement.
- Protection et préservation des connaissances indigènes de la MTR.
- Culture durable des plantes médicinales.

qualitative visant à identifier les obstacles à l'amélioration de l'accès devrait également être entreprise.

En second lieu, les thérapies de MTR les plus sûres et les plus efficaces doivent être identifiées pour fournir une base solide aux efforts de promotion de la MTR. L'accent devrait être mis sur les traitements des maladies représentant le plus lourd fardeau pour les plus pauvres populations. Cela signifie qu'il faudrait se concentrer sur le développement de traitements antimalariens ainsi que sur le traitement et la prévention du VIH/SIDA.

Bien entendu, accroître l'accès à une MTR sûre et efficace ne devrait pas entraîner le déplacement de programmes pour augmenter l'accès à l'allopathie. À la place, des possibilités d'amélioration de la coopération entre tradipraticiens et allopathes devraient être créées pour permettre aux patients de tirer

parti à la fois de l'allopathie et des thérapies de MTR pour répondre au mieux à leurs besoins. Ceci est, bien sûr, vrai partout (et s'applique à la MCP), mais particulièrement dans les régions offrant un accès médiocre à l'allopathie. Heureusement, dans ces régions, les tradipraticiens ont tendance à être bien établis et respectés. Travailler avec eux peut faciliter une dissémination efficace de messages sanitaires importants aux collectivités ainsi que la promotion de pratiques de MTR sûres.

Pour que l'accès à la MTR soit accru de manière durable, la base de ressources viables dont elle dépend souvent, doit être maintenue. Les matières premières des médicaments à base de plantes, par exemple, sont souvent extraites de populations de plantes sauvages. Les récoltes à outrance dues à l'usage local intensifié ou pour répondre à la demande d'exportation sont un problème grandissant. En Afrique orientale et en Afrique du Sud, la durabilité des stocks sauvages de pomme de terre africaine (*Hypoxis hemerocallidea* – autrefois *H. rooperi*) est menacée parce que la publicité à grande échelle sur l'usage de cette plante dans le traitement du VIH/SIDA en a accru la demande.³¹ Étant donné que la vaste majorité de ressources génétiques végétales et autres formes de biodiversité, se trouve ou a son origine dans les pays en voie de développement le moins capables de les protéger, de tels problèmes doivent être résolus de toute urgence.

Les questions irrésolues de propriété intellectuelle sont un autre aspect du problème de l'accès. Bien que la recherche en MTR soit essentielle pour assurer l'accès à des traitements sûrs et efficaces, la connaissance des pratiques et produits de MTR indigènes acquise par les chercheurs peut être une source de bénéfices considérables pour les entreprises et instituts de recherche. Il semblerait que, de plus en plus, la connaissance de la MTR soit appropriée, adaptée et brevetée par les scientifiques et l'industrie, n'offrant que peu ou aucune compensation à ses gardiens d'origine et sans leur consentement informé.¹⁷

2.5 Usage rationnel

Dans de nombreux pays, une activité considérablement importante est requise dans les domaines de la qualification et de l'agrément des prestataires, de l'usage correct de produits de qualité assurée, de la communication entre les prestataires de MTR/MCP, les allopathes et leurs patients et de la dissémination d'information scientifique et de lignes directrices pour le public.

Education et formation

Les défis dans ce domaine se présentent sous au moins deux formes (Tableau 11). D'une part assurer que les qualifications et la formation

Tableau 11

Besoins clés pour promouvoir un bon usage de la MTR/MCP par les prestataires et consommateurs

Au niveau national :

- Directives de formation pour les thérapies de MTR/MCP les plus couramment utilisées.
- Consolidation et meilleure organisation des prestataires de MTR/MCP.
- Renforcement de la coopération entre les prestataires de MTR/MCP et les praticiens allopathes.
- Information fiable pour les consommateurs sur l'usage correct des thérapies et produits de MCP.
- Amélioration de la communication entre les allopathes et leurs patients en ce qui concerne l'usage par ces derniers de la MTR/MCP.

des prestataires de MTR/MCP soient adéquates. D'autre part, utiliser la formation pour assurer que les prestataires de MTR/MCP et les allopathes comprennent et apprécient la complémentarité des types de soins de santé qu'ils proposent. Le premier défi implique la mise sur pied, dans la mesure du possible, de systèmes d'examen et d'octroi de licences pour la MTR/MCP ainsi que d'une législation pour que seules les personnes qualifiées puissent pratiquer la MTR/MCP ou vendre des produits



de MTR/MCP. Le second exige la modification des programmes de formation des praticiens de telle sorte qu'ils maîtrisent les bases des soins de santé primaires et de la santé publique. Il exige également de s'assurer que les diplômes de pharmacie, médecine et santé publique comprennent un élément de MTR/MCP.

Usage correct de produits de qualité assurée

Un usage correct de produits de qualité certifiée peut également aider considérablement à réduire les risques associés aux produits de MTR/MCP tels que les médicaments à base de plantes. Toutefois, la réglementation et l'enregistrement des médicaments à base de plantes ne sont pas bien développés dans la majorité des pays. Les produits peuvent être contaminés ou varier considérablement au niveau de la teneur, de la qualité et de l'innocuité. L'ail, par exemple, souvent utilisé pour réduire le taux de cholestérol, peut ne pas produire de tels effets s'il est transformé de certaines manières.⁵⁴ En même temps, les normes visant à contrôler l'étiquetage et la publicité des médicaments à base



de plantes sont peu nombreuses. Par ailleurs, un grand nombre sont vendus en tant que médicaments sans ordonnance ou compléments diététiques et peu de conseils sont donnés quant à leur usage correct. Les consommateurs peuvent ne pas être sensibilisés à leurs effets secondaires possibles et ne pas savoir comment et quand les médicaments à base de plantes peuvent être pris en toute sécurité. Inverser cette situation impliquera un contrôle beaucoup plus rigoureux des produits de MTR/MCP et des efforts plus poussés pour éduquer le public dans ce domaine.

Information et communication

L'usage de la MTR/MCP connaît actuellement une croissance rapide. Cependant, l'appréciation

de ses risques et des moyens de les éviter n'a pas évolué au même rythme. En conséquence, les consommateurs ne comprennent pas forcément pourquoi ils devraient s'adresser uniquement à des prestataires qualifiés et formés, ni pourquoi ils devraient être prudents quand ils utilisent des produits de MTR/MCP. Il n'est pas généralement connu, par exemple, que certaines réactions entre médicaments à base de plantes et médicaments chimiques peuvent produire des effets secondaires. Le ginseng, par exemple, a peu d'effets négatifs graves quand il est pris seul. Toutefois, s'il est combiné avec la warfarine, son activité antiplaquettaire risque d'entraîner une anticoagulation excessive.⁵⁵ De même, il a été démontré que le millepertuis utilisé en tant qu'anti-dépresseur était comparable à l'imipramine, un antidépresseur standard. Toutefois, si le millepertuis est pris par des sujets prenant également de l'indinavir, un inhibiteur de protéase, les niveaux d'indinavir dans le sang sont réduits au-dessous du niveau requis pour bloquer la multiplication du VIH.^{56,57}



Dans l'ignorance des possibilités d'interactions de ce type, les patients risquent de ne pas informer leurs allopathes des produits de MTR/MCP qu'ils utilisent et les allopathes risquent de ne pas poser la question. Aux États-Unis, pour 1990 et 1997, moins de 40 % des thérapies de MCP suivies ont été signalées à un médecin.¹³ En même temps, les allopathes, infirmières et pharmaciens, qui sont autant de sources d'information pour le grand public, peuvent ne pas être informés sur la MCP et donc seront incapables de répondre aux questions de leurs patients concernant les possibilités de traitement à leur disposition.

Des stratégies d'information, éducation et communication pourraient surmonter certains de ces problèmes et sensibiliser aux avantages potentiels de la MTR/MCP.

Le rôle actuel de l'OMS

Les principaux objectifs actuels de l'OMS en matière de MTR/MCP sont d'apporter un soutien normatif ainsi qu'un soutien aux programmes nationaux pour permettre aux États membres de :

- ▶ développer leur propre MTR/MCP et de l'intégrer à leurs systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, et
- ▶ assurer un usage de la MTR/MCP qui soit approprié, sans danger et efficace.

Elle cherche également à :

- ▶ améliorer l'accès, parmi les États membres, la communauté scientifique et le public, à une information exacte sur les questions de MTR/MCP.

Certains des accomplissements et des activités courantes de l'OMS visant à accomplir ces objectifs sont décrits ci-dessous.

Dans l'exécution de ses activités de MTR/MCP, l'OMS travaille directement non seulement avec les États membres, les organisations nationales et internationales et les organismes régionaux mais également avec son réseau de Centres collaborateurs.

3.1 Développer la MTR/MCP et l'intégrer aux systèmes nationaux de soins de santé

L'OMS est particulièrement active en ce qui concerne le soutien au développement de la MTR en Afrique, Asie du Sud-est et Pacifique occidental. Elle s'attache plus particulièrement à aider les États membres à développer des

politiques et réglementations nationales, faciliter l'échange régional d'information sur ces questions et soutenir les efforts visant à assurer l'innocuité des produits et la disponibilité de ressources humaines formées et qualifiées.

Afrique

Comme nous l'avons mentionné au Chapitre 2, le comité régional africain de l'OMS a adopté une résolution, en 2000, intitulée *Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie pour la région africaine*². Cette résolution reconnaît l'importance et le potentiel de la MTR pour obtenir la *Santé pour Tous* en Afrique et recommande un développement accéléré de la production locale de médicaments traditionnels. Elle recommande également aux États membres de traduire la stratégie dans des politiques nationales de MTR réalistes, étayées par une législation et des plans appropriés d'intervention aux niveaux local et national ainsi que de collaborer activement avec tous les partenaires pour sa mise en œuvre et pour son évaluation.

Des résultats concrets commencent à être constatés, suite à la mise au point de cette stratégie. Parmi eux, des cadres juridiques pour la MTR, dans 16 pays africains.

Amériques

En 1999, un groupe de travail AMRO a examiné la situation et l'usage de la MTR (y compris la politique et la réglementation nationales) dans sa région et proposé deux réunions : sur la réglementation des produits

à base de plantes et sur l'étude de la médecine indigène. La réunion régionale sur les aspects réglementaires des produits à base de plantes, organisée par le siège de l'OMS et AMRO, a eu lieu en 2000 et analysait des questions relatives à la politique nationale, l'économie, la réglementation et l'enregistrement des produits à base de plantes. Des directives de l'OMS concernant l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments à base de plantes ont également été présentées et les participants ont adopté une proposition exigeant l'enregistrement des produits à base de plantes. Ce dernier facilitera une plus grande intégration de la MTR aux systèmes de soins de santé nationaux des Amériques. La réglementation et l'enregistrement des médicaments à base de plantes, plus particulièrement, ont été mise en œuvre en Bolivie, au Chili, au Costa Rica, en Équateur, au Honduras, au Guatemala, au Mexique, au Pérou et au Venezuela. La seconde réunion, consacrée à la recherche en matière de médecine indigène, a eu lieu en mars 2001 au Guatemala.

« Dans le monde entier, les stratégies de la santé reconnaissent que la médecine traditionnelle et l'usage des médicaments à base de plantes continuent d'être un élément solide de la culture, de l'histoire et des croyances d'un pays et que ces pratiques, dans l'ensemble, devraient être analysées comme faisant partie du système de santé du pays. »⁵⁸

Europe

Plus de 12 pays d'Europe occidentale ont établi ou révisé leur réglementation des médicaments à base de plantes conformément aux *Directives de l'OMS pour l'évaluation des médicaments à base de plantes*. L'OMS est de plus en plus active au niveau de l'apport de conseils aux pays européens sur la réglementation de la MTR/MCP et les moyens d'en évaluer l'innocuité et l'efficacité.

Asie du Sud-Est

La MTR est très utilisée et respectée dans toute l'Asie du Sud-Est. En 1998, la réunion des ministres de la Santé des pays asiatiques a recommandé que ce « riche patrimoine » et cette « importante ressource » soient utilisés plus efficacement dans la mise en œuvre des soins de santé primaires dans les pays de la région. En réponse, le SEARO a organisé une conférence régionale sur le développement de la médecine traditionnelle, durant l'année suivante. Les participants de la conférence se sont concentrés sur le renforcement des programmes nationaux relatifs à la MTR et sur le rôle des savoirs en MTR pour améliorer les systèmes de santé de district. Un partage d'information sur les politiques nationales de MTR et les réglementations a également eu lieu. Le SEARO continue de soutenir activement les pays individuellement dans leurs efforts de développement de politiques nationales de MTR et d'intégration de la MTR à leurs systèmes nationaux de soins de santé.

Plus particulièrement, l'OMS a soutenu les activités du Département des systèmes indiens de médecine et homéopathie, établi au sein du ministère indien de la Santé et de la Famille en 1995. En 1998 et 1999, le ministère a accru ses efforts de normalisation et de promotion d'un contrôle de la qualité des médicaments ayurvédiques, unani, siddha et homéopathiques. Il a également finalisé des directives de bonne pratique de fabrication pour les médicaments ayurvédiques et promu l'enseignement de la MTR en Inde.

Pacifique occidental

Le Pacifique occidental possède lui aussi un riche patrimoine de MTR que ses pays tiennent à optimiser. Lors des réunions des ministres de la Santé du Pacifique occidental de 1997 et 1999, les participants ont exprimé leur soutien total à une application plus étendue et au développement de la MTR dans un effort d'amélioration du statut sanitaire.

Le Bureau régional du Pacifique occidental (WPRO) non seulement soutient les pays en rédigeant des politiques et des réglementations

de MTR nationales. Il facilite également l'intégration de la MTR aux systèmes sanitaires nationaux. Par exemple, l'OMS a apporté son aide à la rédaction de la législation, signée le 8 décembre 1997, créant l'institut philippin des soins de santé traditionnels et alternatifs. Elle a également aidé la Papouasie Nouvelle Guinée à préparer une politique nationale de MTR qui a, depuis, été incorporée au régime sanitaire du pays pour 2001–2010. Cette politique identifie la recherche en matière de MTR comme une priorité absolue. A Singapour, la loi sur les praticiens de médecine traditionnelle chinoise, incorporant plusieurs recommandations formulées par le WPRO sur la réglementation des praticiens, a été adoptée par le parlement en 2000.

« De plus en plus de gouvernements des pays de la Région [Région Pacifique occidental de l'OMS] ont fait preuve d'une disposition similaire à promouvoir un usage correct de la médecine traditionnelle et à l'introduire dans le service de santé national... La région compte maintenant 14 pays et zones qui ont mis au point des documents officiels du gouvernement reconnaissant la médecine traditionnelle et sa pratique. Ceci s'inscrit en contraste avec la situation quelques années auparavant, quand quatre pays seulement (la Chine, le Japon, la République de Corée et le Vietnam) reconnaissaient officiellement le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes sanitaires officiels. »⁵⁹

En même temps, des diplômes d'études universitaires à temps plein sont proposés dans les universités d'Australie, de Chine, de Hongkong (Chine), du Japon, de République de Corée et du Vietnam. Un grand nombre de ces derniers ont bénéficié de la participation du WPRO.

Parmi les autres activités du WPRO, il convient de noter le développement, en 1997, des *Guidelines for the Appropriate Use of Herbal*

Medicine [Directives pour l'utilisation adéquate des médicaments à base de plantes], dans un effort de promotion d'un usage correct des médicaments à base de plantes dans les pays de la région. Les directives peuvent être utilisées pour aider à formuler des politiques et programmes nationaux concernant les médicaments à base de plantes. La création et la mise en œuvre de politiques nationales de MTR est, en fait, un domaine dans lequel le WPRO intervient de plus en plus. En 1999, un atelier de l'OMS sur le développement de politiques nationales de MTR a examiné le rôle de la MTR dans le Pacifique occidental et identifié des problèmes au niveau de la rédaction d'une politique gouvernementale appropriée. Vers la fin de 1999, une consultation de l'OMS sur la MTR et l'allopathie s'est penchée sur les moyens d'harmoniser les deux types de soins de santé pour obtenir un impact maximum sur la santé. En 2000, un atelier régional de l'OMS sur la pratique de la MTR et le développement du secteur sanitaire a rédigé un plan d'action sur la médecine traditionnelle pour les 20 îles du Pacifique.

3.2 Assurer un usage correct, sûr et efficace de la médecine traditionnelle

Les thérapies de MTR/MCP se développent souvent au sein d'un environnement culturel spécifique. Elle sont, cependant, de plus en plus souvent transférées à d'autres environnements culturels, ce qui soulève des questions d'innocuité et d'efficacité. Par exemple, les thérapies transférées sont-elles appliquées avec le même degré de formation, compétence et connaissances que dans leur environnement d'origine ? L'acupuncture en est un cas. Aujourd'hui, largement pratiquée dans de nombreux pays autres que la Chine, son pays d'origine, l'acupuncture est probablement devenue l'une des thérapies de MTR/MCP les plus



populaires au monde. En conséquence, l'OMS a travaillé, avec des experts en acupuncture, à la proposition d'une nomenclature standard internationale. Cette dernière est maintenant largement acceptée. L'OMS a également mis au point les *Principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture* et les *Guidelines for Clinical Research on Acupuncture* [Principes directeurs destinés à la recherche clinique sur l'acupuncture]. Ces derniers encouragent vivement les organes nationaux de la santé à réglementer la pratique de l'acupuncture, ainsi que la recherche dans ce domaine.

De même, les produits de MTR/MCP, et plus particulièrement les médicaments à base de plantes, font l'objet d'échanges interrégionaux et internationaux. De nombreuses administrations de la santé s'inquiètent de savoir s'ils sont utilisés de manière rationnelle et en toute sécurité, particulièrement en l'absence d'une réglementation appropriée et de garanties quant à leur qualité et leur innocuité. L'OMS a réagi en produisant des documents de référence tels que *Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials* [Méthodes de contrôle de la qualité appliquées aux plantes médicinales], non seulement pour faciliter le travail technique des organismes de réglementation pharmaceutique, mais également pour encourager les pays à entreprendre un contrôle de la qualité des médicaments à base de plantes.

Outils et assistance de l'OMS

Dans la majorité des pays en voie de développement, des instituts de MTR ont été créés, tels qu'en Chine, en République populaire démocratique de Corée, au Ghana, en Inde, en Indonésie, en République populaire démocratique du Laos, au Mali, à Madagascar, au Nigeria, en République de Corée, au Sri Lanka, en Thaïlande et au Vietnam. L'OMS fournit non seulement des directives et des informations scientifiques pour soutenir leurs travaux de recherche mais également des subventions pour la recherche sur l'innocuité et l'efficacité

de la MTR/MCP. En Afrique, l'OMS apporte son soutien à un total de 21 pays pour leurs travaux de recherche sur les thérapies de MTR. Par exemple, elle a octroyé des subventions pour la recherche clinique sur les antipaludéens à base de plantes effectuée par l'institut de recherche médicale du Kenya, le centre national de recherche scientifique sur les médicaments à base de plantes du Ghana, et l'institut national de recherche et développement scientifique du Nigeria. La recherche suit le *Guide général des méthodologies de recherche et d'évaluation de la médecine traditionnelle de l'OMS*.



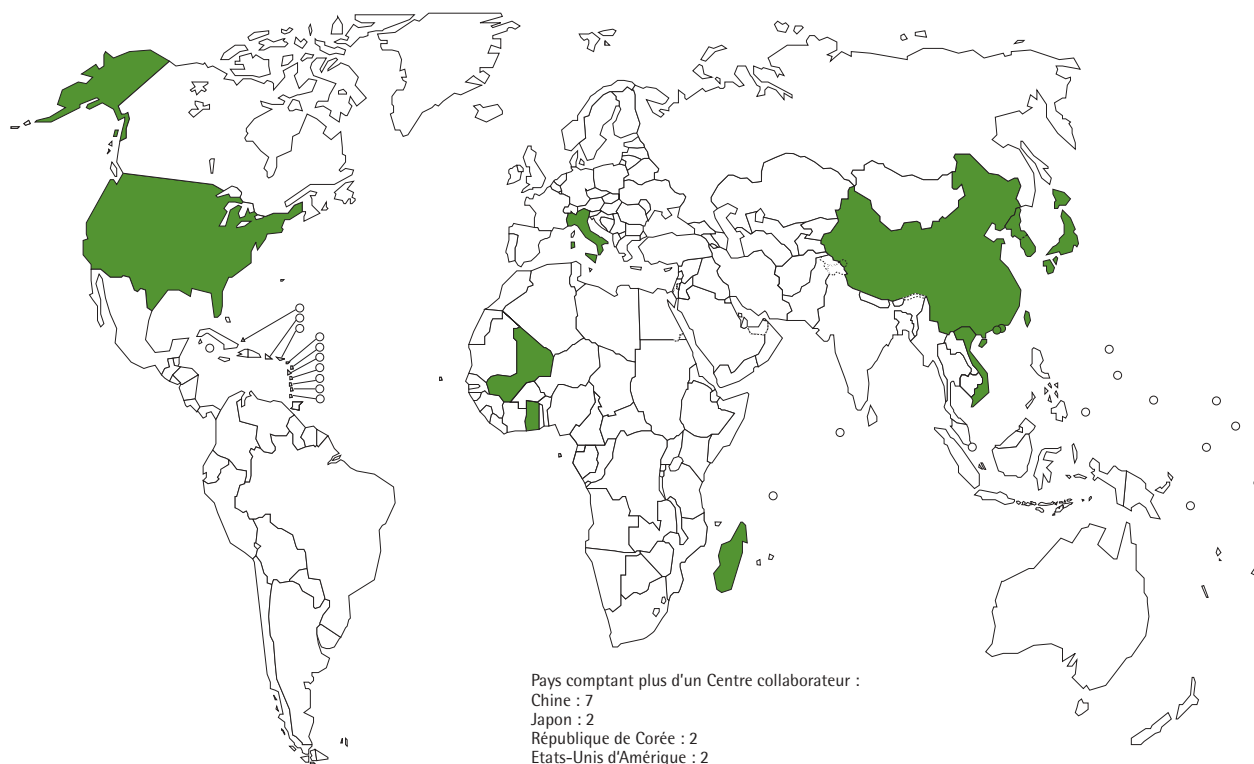
Collaboration avec d'autres organisations

Le travail de l'OMS visant à promouvoir un usage approprié, sûr et efficace de la MTR/MCP bénéficie de l'intervention technique de plusieurs organisations, nationales et internationales. Le NCCAM aux États-Unis, par exemple, a été désigné en tant que Centre collaborateur de l'OMS pour la médecine traditionnelle en 1996. Il a fourni non seulement des commentaires techniques sur le développement des *Monographies de l'OMS concernant une sélection de plantes médicinales* et des *Principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture*, mais également un soutien financier pour le développement de documents tel que le *Guide général des méthodologies de recherche et d'évaluation de la médecine traditionnelle*.

À l'échelle européenne, la collaboration a eu lieu au niveau du groupe de travail *ad hoc* l'EMA sur les produits médicinaux à base de plantes. Le groupe a aidé à la préparation des *Monographies de l'OMS concernant une sélection de plantes médicinales*, du *Guide général des méthodologies de recherche et d'évaluation de la médecine traditionnelle* et des *Directives pour l'évaluation des médicaments à base de plantes*. Suite à ce travail, les

Figure 12

Centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle : une ressource croissante



pays européens sont davantage encouragés à utiliser les documents techniques de l'OMS sur la MTR/MCP.

L'OMS intervient également avec ses Centres collaborateurs pour la médecine traditionnelle au niveau d'activités nationales, régionales et mondiales. (Une liste complète de ces Centres collaborateurs de l'OMS est donnée en annexe 1.) Les Centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle acceptent de promouvoir leur MTR nationale par le biais de leurs travaux de recherche et programmes de formation (Figure 12). Ils sont d'accord également pour fournir les commentaires et les informations techniques en soutien du développement de guides et documents techniques de l'OMS et d'assurer, à la demande de l'OMS, une formation pour les experts en acupuncture ainsi que sur les techniques de recherche consacrée à l'étude de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments à base de plantes.

3.3 Accroître l'accès à l'information concernant la MTR/MCP

Avec 191 États membres, une intervention au niveau de diverses activités de MTR et un accès direct au savoir-faire sur de nombreuses questions de MTR, l'OMS est bien placée pour aider à accroître l'accès à une information exacte sur la MTR. Ceci implique la réalisation d'ouvrages de référence faisant autorité, par exemple sur les plantes médicinales, ainsi que l'offre de conseils sur les politiques nationales, la formation, la bonne pratique, la sélection et l'usage des thérapies (voir annexe 2). L'Organisation facilite aussi de plus en plus l'échange d'informations.

Une information faisant autorité

Les *Monographies de l'OMS concernant une sélection de plantes médicinales* fournissent une information scientifique sur le contrôle de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de plantes médicinales largement utilisées.

Elle comprend des résumés concis des caractéristiques botaniques des plantes médicinales, des listes des principales composantes chimiques des plantes et des consignes sur les moyens d'assurer le contrôle de la qualité des matières à base de plantes qui en sont dérivées. Les *Monographies* résument également l'usage médicinal en trois catégories : pharmacologie, posologie et contre-indications. Elles formulent aussi les précautions à prendre contre les effets indésirables. Ouvrages de référence clés pour administrations de la santé, scientifiques et sociétés pharmaceutiques, elles sont également utilisées par des personnes non-initiées pour les guider dans l'usage rationnel des médicaments à base de plantes. Par ailleurs, des États membres de l'OMS aussi divers que le Bénin, le Mexique, l'Afrique du Sud et le Vietnam ont utilisé les *Monographies* comme modèle pour le développement de leurs propres monographies ou formulaires nationaux. Le Volume 1 a été recommandé par la Commission Européenne à ses propres États membres en tant qu'ouvrage de référence faisant autorité.

Bien que la responsabilité générale du contenu et de la réalisation des *Monographies* appartienne à l'OMS, elles sont le fruit d'un effort de collaboration qui a permis d'optimiser l'exactitude et la fiabilité. A ce jour, plus de 200 experts, auxquels s'ajoutent des panels consultatifs de l'OMS sur la médecine traditionnelle et plus de 50 organes de réglementation pharmaceutique sont intervenus dans leur préparation. Le Volume I des *Monographies* a été publié en 1999 et a, depuis, été largement distribué. Le Volume II a été publié en 2001 et le Volume III, finalisé à la fin de 2001.

Le document intitulé *Regulatory Situation of Herbal Medicines : Worldwide Review* [Réglementation des médicaments à base de plantes : la situation mondiale] est également le résultat d'un effort de collaboration entre l'OMS et un grand nombre de ses États membres. Fournissant des informations en provenance de 50 pays sur la réglementation des médicaments à base de plantes, cet

ouvrage de référence sert de guide aux administrations de la santé dans d'autres pays cherchant maintenant à développer leurs propres systèmes de réglementation et d'enregistrement des médicaments à base de plantes. Les instituts de recherche et l'industrie pharmaceutique le trouvent également utile. *Methods for Medicinal Plant Materials* [Méthodes de contrôle de la qualité appliquées aux plantes médicinales] est un autre ouvrage de référence clé récemment publié par l'OMS.

Faciliter l'échange d'information

En plus d'assurer la disponibilité à grande échelle de ses propres publications et documents, l'OMS facilite l'échange d'information par l'intermédiaire de ses Centres collaborateurs pour la médecine traditionnelle. Les demandes de renseignements reçues des administrations nationales de la santé, des scientifiques et du public sont traitées en coopération avec ces Centres collaborateurs de l'OMS.

Tableau 12

L'échange d'information par l'intermédiaire du Centre collaborateur de l'OMS pour la médecine traditionnelle à la faculté de pharmacie de l'université d'Illinois à Chicago

Siège ou bureau régional de l'OMS	Nombre de demandes reçues	Nombre de références fournies en réponse
Siège	171	17 396
Bureau régional de l'Afrique	1 759	31 238
Bureau régional de la Méditerranée orientale	28	1 784
Bureau régional des Amériques/ Organisation panaméricaine de la santé	5 135	131 760
Bureau régional de l'Asie du Sud-est	2 801	179 113
Bureau régional du Pacifique occidental	288	46 549

Le Centre collaborateur de l'OMS pour la médecine traditionnelle à la faculté de pharmacie de l'université d'Illinois à Chicago, possède une base de données sur les plantes médicinales qui contient une information codée sur les produits naturels tirée de 150 750 références. Ces dernières comprennent des références relatives à l'ethnomédecine, la pharmacologie des extraits et composés purs et la phytochimie. Depuis 1994, le Centre a apporté une aide précieuse à la rédaction des trois volumes des *Monographies de l'OMS concernant une sélection de plantes médicinales*. Il a également fourni des informations, gratuitement aux pays en voie de développement. En 2000, le Centre a répondu à 10 182 demandes de renseignements reçues de pays en voie de développement au siège et aux bureaux régionaux de l'OMS, en fournissant 407 840 références (Tableau 12).

Par ailleurs, les Centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle en Chine (l'Institut de science clinique et information de l'académie nationale de médecine

traditionnelle chinoise à Beijing), en République de Corée (Institut de recherche appliquée aux produits naturels de l'université nationale de Séoul) et des États-Unis (Centre national de médecine complémentaire et alternative, Instituts de santé, Bethesda, Maryland) maintiennent également des bases de données d'information concernant la MTR/MCP qui jouent un rôle important et visible au niveau de la fourniture d'information scientifique à la fois aux prestataires et au public.

En dernier lieu, des sites web sur la MTR/MCP sont en cours de création au siège et aux bureaux régionaux de l'OMS pour fournir des informations sur les politiques nationales de MTR/MCP, les réglementations régissant la pratique et l'usage de la MTR/MCP et les données de recherche sur l'innocuité, l'efficacité et l'usage des thérapies de MTR/MCP.



Ressources internationales et nationales pour la médecine traditionnelle

Maximiser le potentiel offert par la MTR/MCP pour améliorer la situation sanitaire à l'échelle mondiale est une mission intimidante, englobant un éventail varié d'activités et exigeant de nombreux types

« La reconnaissance par les gouvernements de l'importance de la médecine traditionnelle pour la santé des populations dans la Région et de la création d'un environnement propice sont la base de l'optimisation de l'usage de la médecine traditionnelle. Un engagement et un support politiques durables des stratèges, tradipraticiens, ONG, associations professionnelles, de la collectivité, des institutions d'enseignement et formation et autres dépositaires d'enjeux, créés par le biais de l'encouragement et de l'utilisation du marketing social et de méthodes participatives sont requis. »²

d'expertise. Heureusement, le nombre d'organismes travaillant à des questions de MTR/MCP et sur l'aide desquels l'OMS peut compter, ne cesse de croître. Certains de ces organismes sont décrits ci-dessous. Une indication est également donnée de toute collaboration entre ces organismes et l'OMS ayant déjà eu lieu.

4.1 Agences de l'ONU

La Convention sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvages menacées d'extinction (CITES) (<http://www.cites.org/index.html>) est entrée en vigueur en juillet 1975 et compte maintenant 125 pays membres. Ces pays agissent en interdisant l'exploitation commerciale d'une liste convenue d'espèces de flore et de faune menacées d'extinction et en réglementant et surveillant le commerce d'autres espèces pouvant devenir menacées. Le secrétariat de la Convention est géré par le Programme des Nations Unies pour l'environnement et aide les pays au niveau de la mise en œuvre de CITES en fournissant une interprétation de ses dispositions et des conseils sur sa mise en œuvre. Le secrétariat gère également des projets dont le but est de faciliter la mise en œuvre, tels que des séminaires de formation, ainsi que d'examiner le statut des espèces commercialisées pour assurer que leur exploitation reste dans des limites viables.

La mission de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) (<http://www.fao.org>) est de rehausser les niveaux de nutrition et les niveaux de vie, d'améliorer la productivité agricole et les conditions de vie des populations rurales. L'une des priorités spécifiques de l'organisation est d'encourager un développement agricole et rural viable, y compris une stratégie au long terme pour la préservation et la gestion des ressources naturelles. Depuis les années 80, le Département des forêts de la FAO travaille à la réalisation d'une série de

documents sur les produits forestiers non-bois, dont certains comprennent des plantes médicinales, avec des informations sur les politiques nationales, la préservation et autres données et activités de recherche apparentées. La FAO a collaboré avec l'OMS sur le développement de ses *Monographies concernant une sélection de plantes médicinales* en fournissant des données de recherche.

Les objectifs principaux de la **Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED)** (<http://www.unctad.org>) sont de maximiser les possibilités de commerce, d'investissement et de développement des pays en voie de développement et de les aider à relever les défis de la mondialisation. Un grand nombre des produits trouvés dans le monde sont basés sur une connaissance traditionnelle et représentent d'importantes sources de revenu, d'alimentation et de soins de santé. De même, la plupart des ressources génétiques des plantes et autres formes de biodiversité proviennent de, ou sont trouvées, dans les pays en voie de développement. La CNUCED, en conséquence, intervient beaucoup au niveau du problème de la protection des connaissances traditionnelles. Actuellement, elle s'attache à répondre aux inquiétudes causées par les détournements de la connaissance en MTR. La collaboration entre la CNUCED et l'OMS en est encore aux premiers stades mais s'est matérialisée, en 2000, par la présence de l'OMS à la réunion d'experts de la CNUCED sur les systèmes et expériences nationaux pour la protection des connaissances traditionnelles, des innovations et des pratiques et la représentation de la CNUCED à l'atelier interrégional de l'OMS sur les droits de propriété intellectuelle dans le contexte de la médecine traditionnelle, tenu à Bangkok.

L'**Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI)** (<http://www.unido.org/>) aide les pays en voie de développement et les économies en transition à poursuivre un développement industriel durable. Elle cherche plus particulièrement à aborder les questions concernant la concurrence économique, l'environnement et

l'emploi au niveau des politiques, des institutions et des entreprises. En 1986, une réunion d'experts de l'ONUDI a recommandé que la recherche, le développement et la distribution des médicaments à base de plantes soient largement encouragés et incorporés aux systèmes sanitaires, particulièrement dans les pays en voie de développement. La 3^{ème} conférence de l'ONUDI sur l'industrie pharmaceutique, en 1987, recommandait que l'ONUDI apporte son soutien à l'usage industriel de plantes médicinales, à l'amélioration des techniques de production en usine de médicaments à base de plantes et au développement de techniques de normalisation de la production des médicaments à base de plantes. L'ONUDI soutient actuellement les pays en voie de développement dans leurs efforts d'élaborer une capacité industrielle pour produire des médicaments à base de plantes. L'ONUDI a participé à une consultation de l'OMS pour le développement des *Monographies de l'OMS concernant une sélection de plantes médicinales*.

L'**Organisme mondial de la propriété intellectuelle (OMPI)** (<http://www.wipo.org>) a pour vocation de « promouvoir l'usage et la protection des œuvres de l'esprit. » Il gère 21 traités internationaux concernant divers aspects de la protection de la propriété intellectuelle. En 1998, les États membres de l'OMPI ont demandé à l'organisme de lancer un programme de travail sur la propriété intellectuelle et les connaissances traditionnelles. Depuis lors, l'OMPI a conduit le séminaire régional asiatique sur les questions de propriété intellectuelle dans le domaine de la médecine traditionnelle (à New Delhi en octobre 1998) et travaillé avec l'UNEP sur deux études de cas concernant le rôle des droits de propriété intellectuelle dans le partage des avantages de l'usage des plantes médicinales et des connaissances de MTR associées. Il a également entrepris des missions d'enquête factuelle sur la propriété intellectuelle et les connaissances traditionnelles (1998-1999) et mené deux tables rondes sur la propriété intellectuelle et les

connaissances traditionnelles. Il a, par ailleurs, développé un exemple de Bibliothèque numérique de connaissances traditionnelles (BNCT), comprenant des informations sur environ 50 plantes médicinales et connaissances traditionnelles apparentées. L'OMPI a invité l'OMS à participer à ses réunions et demandé sa coopération pour le développement des BNCT.

4.2 Organisations internationales

Le Secrétariat du Commonwealth (<http://www.thecommonwealth.org/>) est la principale organisation du Commonwealth, une association volontaire d'États souverains indépendants, comprenant à la fois des pays développés et des pays en voie de développement. Avec pour vocation de promouvoir la démocratie et une bonne gouvernance et de servir de plate-forme pour l'élaboration d'un consensus mondial, le Commonwealth est également une source d'aide pratique pour le développement durable. Cette dernière activité a récemment inclus la promotion de la production de médicaments à base de plantes. Le Secrétariat a fourni des fonds limités pour soutenir les pays africains anglophones au niveau de la fabrication de médicaments à base de plantes et, vers la fin de l'an 2000, organisé un Forum sur les plantes médicinales au Cap, en Afrique du Sud. Le forum explorait les moyens d'améliorer et d'encourager la culture et la conservation des plantes de manière à accroître la production de remèdes à base de plantes pour fournir des médicaments abordables, particulièrement en Afrique. Le Forum couvrait également des questions liées au commerce telles que les obstacles non tarifaires aux échanges, la réglementation et les licences, les brevets et la qualité. Le Secrétariat a lancé un *Guide to the European Market for Medicinal Plants and Extracts* [Guide du marché européen des plantes médicinales et extraits] à l'occasion

du forum. Détaillant la croissance et le développement de l'industrie européenne des plantes, le guide comprend des renseignements pratiques pour les producteurs et exportateurs de plantes médicinales.

L'Agence européenne pour l'évaluation des produits médicinaux (EMA) (<http://www.ema.eu.int/>) contribue à la protection et à la promotion de la santé publique et animale par le biais d'efforts visant à : assurer une évaluation de haute qualité des produits médicinaux, développer des procédures transparentes et efficaces pour faciliter l'accès des utilisateurs aux médicaments novateurs, contrôler la sécurité des médicaments pour humains et animaux, particulièrement par l'intermédiaire de son réseau de pharmacovigilance. En 1997, l'EMA a établi un groupe de travail *ad hoc* sur les produits médicinaux à base de plantes. Le groupe fait office de forum pour les États membres, leur permettant d'échanger information et expériences concernant les produits médicinaux à base de plantes. Il encourage également le développement d'une interprétation commune de la législation existante dans ce domaine et fournit des conseils pour les administrations de réglementation pharmaceutique nationale sur les questions de médicaments à base de plantes. Par ailleurs, le Groupe prépare actuellement des propositions pour la révision et le développement de nouvelles directives pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicinaux à base de plantes.

Fondée en 1989, la Coopérative scientifique européenne sur la phytothérapie (ESCOP) (<http://info.ex.ac.uk/phytonet/escop.html>) a pour vocation de faire évoluer le statut scientifique des phytomédicaments^h et d'apporter son concours à l'harmonisation de leur statut réglementaire au niveau européen. Le Comité scientifique de l'ESCOP a réalisé plusieurs monographies européennes résumant les usages médicinaux de plantes (y compris

^h L'ESCOP définit les phytomédicaments en tant que « produits médicinaux ne contenant comme ingrédients actifs que des plantes, parties de plantes ou matières végétales ou une combinaison des trois, à l'état brut ou transformé. »

leur innocuité). L'ESCOP considère cette activité comme essentielle à l'harmonisation. Quinze monographies ont été publiées jusqu'à 1992. Depuis lors, l'attention de l'organisation s'est concentrée sur la réalisation de résumés des caractéristiques de divers médicaments à base de plantes, principalement ceux pour lesquels des monographies pharmacologiques européennes ou nationales existent déjà. Les sujets abordés dans chaque résumé visent à mettre en valeur les aspects cliniques des divers médicaments à base de plantes et comprennent des données de pharmacodynamique, pharmacocinétique et sécurité préclinique.

L'Union Européenne (UE) (<http://userpage.chemie.fu-berlin.de/adressen/eu.html>) est une union de 15 États indépendants basée sur les Communautés Européennes, fondée pour améliorer la coopération politique, économique et sociale. Les États membres délèguent la souveraineté pour certaines questions à des institutions indépendantes qui représentent les intérêts de l'UE dans son ensemble, de ses pays membres et de ses citoyens. L'UE se concentre sur deux aspects de la MTR/MCP : politique et réglementation d'une part et recherche en médecine « non conventionnelle » d'autre part. Un projet COST (Coopération européenne dans le domaine de la recherche scientifique et technique) récemment achevé examinait les différences entre la médecine dite conventionnelle et la médecine non conventionnelle en termes de concepts, recherche et pratique, raisons de la popularité croissante de la médecine non conventionnelle et implications de ces dernières pour la médecine conventionnelle et, en dernier lieu, situation actuelle de la recherche en médecine non conventionnelle.

La Banque mondiale (<http://www.worldbank.org/>) est la plus grande source mondiale d'aide au développement, apportant annuellement près de 17 mille millions de \$US en prêts à ses pays clients. Utilisant ses ressources financières, son personnel et sa base de connaissances, elle cherche à aider les pays

en voie de développement à réaliser une croissance stable et durable dans la lutte contre la pauvreté. Actuellement, ses activités comprennent l'aide à plusieurs pays en voie de développement au niveau des politiques et stratégies de protection, culture, transformation et commercialisation des plantes. La Banque mondiale a également mis sur pied un programme consacré aux connaissances indigènes (IK) (voir <http://www.worldbank.org/afr/ik/index.htm>) visant à intégrer les connaissances indigènes/traditionnelles en agriculture, soins de santé, préparation alimentaire, éducation, gestion des ressources naturelles et de nombreux autres domaines d'inquiétude pour les communautés, aux activités des partenaires de développement. Des stratégies différentes sont utilisées pour réaliser cet objectif. Parmi elles, une base de données sur les connaissances et pratiques indigènes/traditionnelles et une série de « IK Notes » [Notes sur les connaissances traditionnelles]. Le programme soutient également des centres de ressources dans toute l'Afrique qui se concentrent sur l'identification et la dissémination des connaissances et pratiques indigènes/traditionnelles. Travaillant avec les gouvernements et partenaires locaux, le programme a, par ailleurs, commencé à apporter son aide à l'intégration de l'application des connaissances traditionnelles aux projets de la Banque mondiale et aux programmes nationaux de développement.

L'Organisation mondiale du commerce (OMC) (<http://www.wto.org>) est l'organisation internationale chargée de définir les règles juridiques du commerce international. Bien que l'OMC soit devenue officiellement opérationnelle en janvier 1995, elle succède au système de commerce multilatéral GATT (Convention générale sur les tarifs et le commerce) fondé en 1947. Ses objectifs sont de promouvoir : non-discrimination, libéralisation progressive des barrières du commerce, politiques prévisibles et transparence, concurrence et dispositions spéciales pour les pays en voie de développement. Le conseil sur l'accord sur les Aspects des droits de propriété

intellectuelle qui touchent au commerceⁱ, a accordé à l'OMS le statut d'observateur *ad hoc*. L'OMS peut maintenant suivre toutes les questions pertinentes débattues à l'OMC pouvant avoir des implications sur le secteur de la santé. (A compter de mai 1999, l'OMS a reçu un mandat pour suivre et analyser les implications sur la santé publique des accords de commerce sur les produits pharmaceutiques.) En 2000, l'OMS et l'OMC ont tenu un atelier international consacré à l'établissement des prix et au financement des médicaments essentiels.

4.3 Organisations non gouvernementales

Dans le monde entier, un grand nombre d'organisations non gouvernementales (ONG) effectuent un travail consacré à la MTR/MCP. Quelques exemples seulement sont donnés ci-dessous.

En préparant maintenant et en promouvant l'accessibilité d'examen systématiques des effets des interventions en matière de soins de santé, la *Cochrane Collaboration* (<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/>) a pour vocation d'aider les gens à prendre des décisions informées sur les soins de santé. Les *Cochrane Fields* sont des regroupements Cochrane s'attardant sur certaines dimensions des soins de santé autres que les problèmes de santé, tels que le cadre des soins (par ex. soins primaires), le type de consommateur (par ex. personnes âgées), le type de prestataires (par ex. infirmières) ou le type d'intervention (par ex. thérapies physiques). Les personnes travaillant dans un *Field* examinent les journaux spécialisés, aident à s'assurer que les priorités et optiques dans leur champ d'intérêt soient reflétées dans le travail des groupes d'étude collaborateurs, compilent des bases de données spécialisées, coordonnent des activités avec les agences pertinentes en dehors de la Collaboration et formulent des commentaires sur les examens systématiques

relatifs à leur domaine particulier. Le *Cochrane Complementary Medicine Field* fut établi en 1996 pour réaliser, maintenir et disséminer des études systématiques sur des sujets de MTR/MCP.

La mission de la *Fondation Ford* (<http://www.fordfound.org/>) est de « réduire la pauvreté et promouvoir la justice dans le monde ». Elle apporte son soutien aux ONG, écoles, universités, instituts de recherche, groupes culturels et organisations gouvernementales. Elle se soucie plus particulièrement de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique et pense que l'épidémie de SIDA en Afrique ne peut être résolue sans l'intervention active des guérisseurs traditionnels et organisations de MTR. L'un de ses principaux bénéficiaires est PRO.ME.TRA (voir ci-dessous), avec laquelle elle travaille à des activités de MTR dans les pays anglophones et francophones d'Afrique.

Basée à Dakar, au Sénégal et avec des bureaux au Bénin, au Cameroun et aux États-Unis, PRO.ME.TRA, l'Association pour la promotion des médecines traditionnelles (<http://www.prometra.org>), travaille à l'avancement de l'usage et de l'acceptation de la MTR. En plus de gérer une association de plus de 450 guérisseurs certifiés et un Centre expérimental des médecines traditionnelles à Fatick, au Sénégal, elle publie des informations pour la lutte contre le VIH/SIDA. Sa stratégie en matière de communications comprend l'utilisation des supports imprimés, des médias électroniques et de la technologie satellite numérique. Elle est mise en œuvre avec l'aide de la Fondation du Présent à Genève, en Suisse et la World Space Foundation aux États-Unis.

Le *Fonds mondial pour la nature (WWF)* (<http://www.panda.org/>) est la plus grande organisation indépendante du monde dédiée à la préservation de la nature. Tout comme l'*Union mondiale pour la nature (IUCN)* (<http://www.iucn.org/>), le WWF aide les sociétés du monde entier à préserver l'intégrité

ⁱ L'accord est communément appelé « ADPIC ».

et la diversité de la nature et à s'assurer que tout usage des ressources naturelles soit équitable et écologiquement viable. Ce travail comprend des projets et travaux de recherche sur la gestion durable des produits forestiers non-bois dont les plantes médicinales font partie. Les deux organisations ont montré comment l'énorme demande d'écorce, de racines et de plantes entières de la population sauvage de plantes médicinales peut entraîner des déclin critiques des populations de certaines espèces, menant potentiellement à leur extinction. Soulignant cette inquiétude, elles ont réuni des spécialistes de la préservation de la nature et des utilisateurs de ressources pour enquêter sur les solutions possibles et pour rechercher des moyens d'assurer une récolte durable des plantes médicinales. Les deux organisations ont mis au point des directives sur la préservation des plantes médicinales.



4.4 Associations professionnelles mondiales

La Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (LMHI) [Ligue médicale homéopathique internationale] (<http://www.lmhi.net/>), créée en 1925, représente environ 8000 homéopathes dans 50 pays. Ses objectifs sont : soutenir les pays membres dans leurs efforts d'assurer la reconnaissance légale de l'homéopathie, créer des liens parmi les homéopathes agréés possédant des diplômes médicaux, apporter aide et soutien aux organisations homéopathiques nationales pour l'éducation en homéopathie, la recherche en homéopathie et la documentation des pratiques homéopathiques. Elle préconise également le remboursement des traitements homéopathiques par les systèmes de sécurité sociale.

Fondée en 1987, la Fédération mondiale des associations d'acupuncture-moxibustion (WFAS) (<http://who.int/ina-ngo/ngo/nog194.htm>) possède près de 60 000 membres de 73 organisations d'acupuncture de 40 pays de plusieurs régions. De ces membres, 70 % (35 000) sont soit des médecins, soit des diplômés en MTR de collèges ou universités officiellement reconnus par le gouvernement national (comme en Chine, en République de Corée et au Vietnam). Les autres membres sont des acupuncteurs agréés. La WFAS encourage la compréhension et la coopération entre les groupes d'acupuncture-moxibustion du monde entier, consolide les échanges académiques internationaux sur l'acupuncture-moxibustion et contribue au développement de la science de l'acupuncture-moxibustion. La WFAS a collaboré avec l'OMS au développement de directives techniques et normes internationales relatives à l'acupuncture-moxibustion. Ce travail impliquait la contribution à plusieurs documents techniques de l'OMS sur l'acupuncture.

La Fédération mondiale de chiropraxie (FMC) (<http://www.wfc.org/>) a pour vocation de procurer aide et renseignements dans les domaines de la chiropraxie et de la santé en collaboration avec les organisations nationales et internationales, de promouvoir et uniformiser les normes de formation, recherche et exercice de la profession et, sur demande, de conseiller les pays membres en voie de légaliser la chiropraxie. Ses activités actuelles avec l'OMS comprennent la recherche sur la lombalgie et la collecte d'information sur la réglementation et l'enregistrement de la pratique de la chiropraxie pays par pays. Cette dernière aidera l'OMS à examiner et documenter le statut légal de la MTR.

Fédération de 54 associations membres, l'Industrie mondiale de l'automédication responsable (IMAR) (<http://www.wsmi.org/guide.html>), fondée en 1970, représente les fabricants et distributeurs de médicaments sans ordonnance dont une grande proportion sont des médicaments à base de plantes. De

nombreuses sociétés qui développent, fabriquent et commercialisent des médicaments à base de plantes, appartiennent à des associations membres de l'IMAR. L'IMAR encourage le développement d'associations de l'industrie de l'automédication pour promouvoir la compréhension et le développement de l'automédication responsable. En effet, elle exige de ses associations membres qu'elles développent et mettent en œuvre des codes volontaires de pratique publicitaire et encourage un étiquetage clair. L'IMAR est en rapports officiels avec l'OMS depuis 1977 et a travaillé avec l'Organisation sur le développement de directives pour l'évaluation des médicaments à base de plantes et les méthodologies de recherche et d'évaluation concernant ce type de médicaments. Elle a également contribué des données de recherche en soutien au développement des *Monographies de l'OMS concernant une sélection de plantes médicinales*.

4.5 Associations professionnelles internationales et nationales

Un grand nombre d'associations professionnelles internationales apportent leur soutien à l'OMS. L'Organisation islamique pour les sciences médicales (IOMS) (<http://who.int/ina-ngo/ngo/ngo192.htm>), par exemple, prévoit de travailler avec l'OMS à la préparation d'un manuel sur l'usage des plantes médicinales. La médecine islamique comprend la médecine occidentale mais son cinquième critère d'« utilisation de toutes les ressources utiles » signifie qu'elle est également disposée à considérer toute thérapie potentiellement utile, y compris les thérapies de MTR/MCP, telles que le traitement par les médicaments à base de plantes. L'IOMS a créé le Centre de recherche sur les médicaments à base de plante au Koweït. Organisation à but non lucratif, ce centre étend ses services à tous ceux qui recherchent un traitement par les médicaments à base de plantes et autres produits.

De nombreuses associations professionnelles nationales travaillent également avec l'OMS. Les organisations professionnelles nationales comprennent les associations de praticiens en Afrique et en Asie. Il existe, par exemple, 22 associations de tradipraticiens en Afrique subsaharienne. En Chine, il existe des associations professionnelles nationales pour ceux qui pratiquent à la fois l'allopathie et la MTR, pour les praticiens de thérapies manuelles et les spécialistes de nutrition et d'aliments pour la santé. En Inde, il existe depuis longtemps des associations professionnelles pour les praticiens de l'ayurvéda, de l'unani, du sidha et de l'homéopathie.

4.6 Initiatives spécifiques

L'Initiative globale pour les systèmes traditionnels de santé (GIFT) (<http://users.ox.ac.uk/~gree0179>) jouit du soutien du Secrétariat du Commonwealth (voir section 4.2). Elle cherche à sensibiliser la communauté mondiale au rôle des systèmes traditionnels de santé et à promouvoir le développement de politiques pour en assurer un usage continu. Ce travail comprend le développement de liens entre les systèmes de santé traditionnels, la préservation de la biodiversité et le développement économique.

L'Initiative de recherche sur les méthodes antipaludéennes traditionnelles (RITAM) (http://mim.nih.gov/english/partnerships/ritam_application.pdf) a été lancée en 1999 en tant que collaboration entre l'OMS, l'Initiative globale pour les systèmes traditionnels de santé (GIFT), l'université d'Oxford, des chercheurs et d'autres intervenants dans le monde entier qui étudient ou sont intéressés par les propriétés antipaludéennes des plantes, en vue de développer ou de valider les médicaments locaux à base de plantes pour prévenir et/ou traiter le paludisme. La RITAM a tenu son assemblée inaugurale en décembre 1999 à Moshi, Tanzanie.

Stratégie et plan d'action
pour 2000-2005

Réduire la mortalité, la morbidité et les handicaps excessifs, particulièrement chez les populations pauvres et marginalisées, est l'une des directions stratégiques de l'OMS pour 2002-2005.⁶⁰ Etant donné que la MTR est une forme de soins de santé hautement accessible et abordable dans de nombreux pays à faible revenu, l'OMS encourage son inclusion à des régimes visant à améliorer le statut sanitaire lorsqu'elle est prouvée sûre et efficace.

En même temps, le vieillissement de la population mondiale entraîne une incidence croissante de maladies chroniques et la MTR/MCP offre un moyen potentiel de gérer de telles maladies. En effet, dans les pays développés, de plus en plus de personnes utilisent la MTR/MCP, en combinaison avec ou à la place de l'allopathie, pour aider à soulager la douleur chronique et/ou améliorer la qualité de la vie.



Cependant, plusieurs objectifs doivent être réalisés pour assurer un usage optimal de la MTR/MCP. En même temps, les ressources de l'OMS sont limitées et ses efforts doivent être orientés de manière à satisfaire les plus grands besoins sanitaires du plus grand nombre. Les objectifs spécifiques en matière de MTR/MCP pour 2002-2005 sont, en conséquence, d'aider les pays à :

- intégrer la MTR/MCP aux systèmes de soins de santé nationaux, de manière appropriée^j, en développant et en mettant en œuvre des politiques et programmes nationaux de MTR/MCP
- promouvoir la sécurité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP en étendant la base des connaissances sur la MTR/MCP et en fournissant des conseils sur la réglementation et les normes d'assurance qualité
- accroître la disponibilité et l'abordabilité de la MTR/MCP, de manière appropriée, en mettant l'accent sur l'accès pour les populations pauvres
- promouvoir un usage thérapeutique correct de la MTR/MCP appropriée par les prestataires et les consommateurs.

Chacun de ces objectifs comprend deux ou trois éléments, avec des résultats escomptés (Tableau 13). Un indicateur critique a également été inclus pour chaque objectif et sera utilisé pour aider à évaluer le travail de l'OMS dans ce domaine. Par ailleurs, plusieurs enquêtes concernant les politiques de MTR/MCP ainsi que la réglementation et l'usage de la MTR/MCP seront effectuées en coopération avec les États membres et les ONG pour évaluer la progression.

Au cours des quatre prochaines années, l'OMS donnera la priorité aux deux premiers objectifs : développement et mise en œuvre de politiques

^j Le terme « appropriée » est interprété comme faisant référence aux soins de santé de MTR/MCP qui ne coûtent pas davantage et qui ne sont pas moins sûrs et efficaces que les soins allopathiques recommandés pour la maladie ou le problème de santé.

Tableau 13

Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002–2005 : objectifs, composantes et résultats escomptés

Objectifs	Composantes	Résultats escomptés
POLITIQUE : Intégrer la MTR/MCP aux systèmes de soins de santé nationaux de manière appropriée, en développant et mettant en œuvre des politiques* et des programmes de MTR/MCP nationales	1. Reconnaissance de la MTR/MCP Aider les pays à développer des politiques et programmes de MTR/MCP	1.1 Soutien accru des gouvernements pour la MTR/MCP par le biais de politiques nationales de MTR/MCP exhaustives 1.2 MTR/MCP pertinente intégrée aux services du système de soins de santé national
	2. Protection et préservation des savoirs indigènes en MTR relatifs à la santé Aider les pays à développer des stratégies pour protéger leurs connaissances indigènes en MTR	2.1 Enregistrement et préservation accrus des connaissances indigènes de la MTR, y compris développement de bibliothèques numériques de MTR
INNOUITE, EFFICACITE ET QUALITE : Promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP en étendant la base de connaissances sur la MTR/MCP et en fournissant des conseils sur la réglementation et les normes d'assurance qualité	3. Base factuelle pour la MTR/MCP Accroître l'accès et l'étendue des connaissances sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP, en mettant l'accent sur les problèmes sanitaires prioritaires tels que le paludisme et le VIH/SIDA	3.1 Amélioration de l'accès et de l'étendue de la connaissance de la MTR/MCP par la création de réseaux et l'échange d'information exacte 3.2 Etudes techniques de recherches sur l'usage de la MTR/MCP pour la prévention, le traitement et la gestion de maladies et états courants 3.3 Soutien sélectif de la recherche clinique sur l'usage de la MTR/MCP pour les problèmes de santé prioritaires tels que le paludisme, le VIH/SIDA et autres maladies courantes
	4. Réglementation des médicaments à base de plantes Soutenir les pays au niveau de l'établissement de systèmes réglementaires efficaces pour l'enregistrement et l'assurance qualité des médicaments à base de plantes	4.1 Réglementation nationale, établie et mise en œuvre, des médicaments à base de plantes, y compris enregistrement 4.2 Surveillance de l'innocuité des médicaments à base de plantes et autres produits et thérapies de MTR/MCP
	5. Directives sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité Développer et soutenir la mise en œuvre de directives techniques pour assurer l'innocuité, l'efficacité et le contrôle de la qualité des médicaments à base de plantes et autres produits et thérapies de MTR/MCP	5.1 Directives techniques et méthodologie pour évaluer l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP 5.2 Critères des données factuelles sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité des thérapies de MTR/MCP
	6. Reconnaissance du rôle des tradipraticiens dans les soins de santé Promouvoir la reconnaissance du rôle des tradipraticiens dans les soins de santé en encourageant l'interaction et le dialogue entre tradipraticiens et allopathes	6.1 Critères et indicateurs, dans la mesure du possible, pour mesurer la rentabilité et l'accès équitable à la MTR/MCP 6.2 Fourniture accrue de MTR/MCP appropriée par le biais des services de santé nationaux 6.3 Nombre accru d'organisations nationales de prestataires de MTR/MCP
ACCÈS : Accroître la disponibilité et l'abordabilité de la MTR/MCP, de manière appropriée, en mettant l'accent sur l'accès pour les populations pauvres	7. Protection des plantes médicinales Promouvoir un usage et une culture durables des plantes médicinales	7.1 Directives pour une bonne pratique agricole en ce qui concerne les plantes médicinales 7.2 Usage durable des ressources de plantes médicinales
	8. Usage correct de la MTR/MCP par les prestataires Accroître la capacité des prestataires de MTR/MCP à utiliser correctement les produits et thérapies de MTR/MCP	8.1 Formation de base aux thérapies de MTR/MCP couramment utilisées pour les allopathes 8.2 Formation de base aux soins de santé primaires pour les tradipraticiens
USAGE RATIONNEL : Promouvoir un usage thérapeutique correct de la MTR/MCP appropriée par les prestataires et les consommateurs	9. Usage correct de la MTR/MCP par les consommateurs Accroître la capacité des consommateurs à prendre des décisions informées sur l'usage des produits et thérapies de MTR/MCP	9.1 Information fiable pour les consommateurs sur l'usage correct des thérapies de MTR/MCP 9.2 Meilleure communication entre les praticiens allopathes et leurs patients en ce qui concerne l'usage de la MTR/MCP

* A l'exception de la Chine, de la République populaire démocratique de Corée, de la République de Corée et du Vietnam, une telle intégration n'a eu lieu nulle part. Ceci souligne le fait que dans certains pays, une évaluation nationale est nécessaire pour déterminer quelles modalités de MTR/MCP peuvent être le mieux intégrées au système national de soins de santé.

nationales de MTR/MCP et promotion de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de la MTR/MCP. Ceci impliquera un travail sur la réglementation des produits à base de plantes et autres produits de MTR/MCP. Il sera également nécessaire de se concentrer sur la consolidation des méthodologies de recherche et sur l'amélioration de la qualité, de la quantité et de l'accessibilité de preuves cliniques pour soutenir les revendications d'efficacité de la MTR/MCP.

« L'abondance d'expérience et de connaissances cliniques accumulées au sein de la médecine traditionnelle mérite d'être reconnue et combinée à une recherche méthodologique correcte consacrée à l'étendue et aux limites des pratiques traditionnelles. Les patients, gouvernements, tradipraticiens et praticiens de médecine moderne ont tous à gagner de la pratique factuelle de la médecine traditionnelle. Le soutien de la communauté scientifique et des praticiens de médecine moderne sera nécessaire pour que la médecine traditionnelle soit intégrée aux services de santé. »⁶¹

5.1 Politique : Intégrer la MTR/MCP aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, en développant et en mettant en œuvre des politiques et programmes nationaux de MTR/MCP

Composantes

- Reconnaissance de la MTR/MCP. Aider les pays à développer des politiques et programmes nationaux concernant la MTR/MCP.
- Protection et préservation des connaissances indigènes en matière de MTR relatifs à la santé. Aider les pays à développer des stratégies pour protéger leurs savoirs indigènes en matière de MTR.

Stratégie de l'OMS

L'OMS encouragera les gouvernements à reconnaître l'importante contribution que certaines formes de MTR/MCP peuvent apporter à l'amélioration et au maintien de la santé. Elle renforcera également la collaboration entre les programmes de MTR de son siège et de ses bureaux régionaux de manière à élaborer et exécuter ses missions efficacement. Elle continuera de coopérer avec d'autres agences des Nations Unies pertinentes et d'explorer les possibilités de travail avec de nouveaux partenaires. Ceci impliquera l'organisation d'une série d'ateliers régionaux et interrégionaux pour les administrations nationales de la santé sur les politiques et l'usage de la MTR/MCP.

Avant tout, l'OMS aidera les États membres à développer, à

mettre en œuvre des politiques et des réglementations nationales de MTR/MCP et à promouvoir

des formes sûres et efficaces de MTR indigène conformément aux directives de l'OMS. L'OMS facilitera également le partage d'information sur la MTR/MCP entre les pays.



Indicateurs critiques

Objectif de la stratégie	Nombre d'États membres de l'OMS signalant une politique de MTR/MCP / Nombre total d'États membres de l'OMS	Position en 1999	Cible pour 2005
États membres de l'OMS avec politique nationale de MTR/MCP	25/191	13 %	25 %

Résultats escomptés pour 2002–2005

- Renforcement du soutien des gouvernements à la MTR/MCP par le biais de politiques nationales de MTR/MCP exhaustives.
- MTR/MCP pertinente intégrée aux services des systèmes de soins de santé nationaux.

- Enregistrement et protection accrues des connaissances indigènes en MT, y compris le développement de bibliothèques numériques de MTR.

5.2 Innocuité, efficacité et qualité : Promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP en étendant la base de connaissances sur la MTR/MCP et en fournissant des conseils sur la réglementation et les normes de qualité

Composantes

- Base factuelle pour la MTR/MCP. Accroître l'accès et l'étendue des connaissances sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR/MCP en mettant l'accent sur les problèmes sanitaires prioritaires tels que le paludisme et le VIH/SIDA.
- Réglementation des médicaments à base de plantes. Soutenir les pays au niveau de l'établissement de systèmes réglementaires efficaces pour l'enregistrement et l'assurance qualité des médicaments à base de plantes.
- Directives sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Développer et soutenir la mise en œuvre de directives techniques pour assurer l'innocuité, l'efficacité et le contrôle de la qualité des médicaments à base de plantes et autres produits et thérapies de MTR/MCP.

Stratégie de l'OMS

L'OMS consolidera et étendra son réseau mondial d'experts de MTR/MCP, dont les membres comprennent les Centres collaborateurs de l'OMS, des administrations nationales de la santé, des institutions académiques et scientifiques et autres agences internationales pertinentes telles que l'EMA, la pharmacopée européenne, la FAO, l'Organisation de l'unité africaine et l'ONUDI. En travaillant avec ces partenaires, elle continuera de développer des directives techniques et des informations

scientifiques concernant plus particulièrement les médicaments à base de plantes. L'Organisation étendra également sa base factuelle de MTR/MCP en vue d'identifier quelles thérapies de MTR/MCP sont d'une innocuité et d'une efficacité éprouvées et d'engendrer une plus grande crédibilité de la santé publique pour la MTR/MCP. Elle fera cela par le biais d'un examen technique de l'usage clinique de la MTR/MCP dans la prévention, le traitement et la gestion des maladies et états courants et d'un soutien continu de sa recherche clinique sur l'innocuité et l'efficacité de la MTR/MCP.

Le siège et les bureaux régionaux de l'OMS établiront un réseau réglementaire mondial de systèmes de surveillance de l'innocuité des médicaments à base de plantes et autres thérapies de MTR/MCP. Il conviendra d'aider les pays à établir une surveillance post-commercialisation des médicaments à base de plantes. L'OMS continuera de coopérer avec les associations professionnelles et institutions académiques pertinentes pour développer et fournir des directives pour la formation de base à certaines thérapies manuelles. Elle organisera également des programmes de formation et des ateliers permettant aux administrations nationales d'actualiser leurs connaissances des questions d'innocuité et d'efficacité concernant les médicaments à base de plantes.

Indicateurs critiques

Objectif de la stratégie	Nombre d'États membres de l'OMS signalant des lois et réglementations sur les médicaments à base de plantes / Nombre total d'États membres de l'OMS	Position en 1999	Cible pour 2005
États membres de l'OMS avec lois et réglementations sur les médicaments à base de plantes	65/191	34 %	40 %

Résultats escomptés pour 2002–2005

- Amélioration de l'accès et de l'étendue de la connaissance de la MTR/MCP par la création de réseaux et l'échange d'information exacte.
- Etudes techniques de recherches sur l'usage de la MTR/MCP pour la prévention, le traitement et la gestion de maladies et états courants.
- Soutien sélectif de la recherche clinique sur l'usage de la MTR/MCP pour les problèmes de santé prioritaires tels que le paludisme, le VIH/SIDA et autres maladies courantes.
- Réglementation nationale des médicaments à base de plantes, établie et mise en œuvre, y compris l'enregistrement.
- Surveillance de l'innocuité des médicaments à base de plantes et autres produits et thérapies de MTR/MCP.
- Directives techniques et méthodologie pour l'évaluation de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité de la MTR/MCP.
- Critères des expériences sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité des thérapies de MTR/MCP.

5.3 Accès : Accroître la disponibilité et l'abordabilité de la MTR/MCP, de manière appropriée, en mettant l'accent sur l'accès pour les populations pauvres

Composantes

- Reconnaissance du rôle des tradipraticiens dans les soins de santé. Promouvoir la reconnaissance du rôle des tradipraticiens dans les soins de santé en encourageant l'interaction et le dialogue entre tradipraticiens et allopathes.
- Protection des plantes médicinales. Promouvoir un usage et une culture durables des plantes médicinales.

^k Données disponibles pour les États africains seulement.

Stratégie de l'OMS

La majorité des pays souffrant de paludisme, de VIH/SIDA et autres maladies transmissibles courantes disposent de moins de 15 \$US par habitant et par année pour la santé. Dans certains pays, 0,75 \$US seulement par personne et par an sont disponibles pour l'achat de médicaments. L'OMS explorera le potentiel de l'utilisation de ressources de MTR/MCP accessibles et abordables pour combattre les maladies transmissibles courantes. Ceci comprendra une recherche sur les médicaments à base de plantes les plus efficaces et l'encouragement des gouvernements à développer des stratégies pour protéger les populations sauvages de plantes médicinales et la culture durable de ces plantes. (Ceci permettra non seulement d'améliorer l'accès aux soins de santé mais également de protéger l'environnement et d'engendrer des revenus.) La protection des connaissances indigènes de MTR concernant la santé et le partage équitable de ses bénéfices seront encouragés dans le contexte de toute recherche entreprise.

L'OMS encouragera également le dialogue et l'interaction entre tradipraticiens et allopathes pour promouvoir la reconnaissance du rôle de la MTR/MCP dans l'offre de soins de santé. Dans les pays en voie de développement, elle travaillera avec les associations de tradipraticiens et les ONG pour que le rôle des tradipraticiens dans la prévention et la gestion des maladies transmissibles courantes soit optimisé.

Indicateurs critiques^k

Objectif de la stratégie	Nombre d'États membres africains de l'OMS signalant une reconnaissance professionnelle des tradipraticiens / Nombre total d'États membres de l'OMS	Position en 1999	Cible pour 2005
États membres africains de l'OMS avec reconnaissance professionnelle des tradipraticiens	21/46	45 %	60 %

Résultats escomptés pour 2002–2005

- Critères et indicateurs, dans la mesure du possible, pour mesurer la rentabilité et l'accès équitable à la MTR/MCP.
- Fourniture accrue de MTR/MCP appropriée par le biais des services de santé nationaux.
- Nombre accru d'organisations nationales de prestataires de MTR/MCP.
- Directives pour une bonne pratique agricole en ce qui concerne les plantes médicinales.
- Usage durable des ressources de plantes médicinales.

5.4 Usage rationnel : Promouvoir un usage thérapeutique correct de la MTR/MCP appropriée par les prestataires et les consommateurs

Composantes

- Usage correct de la MTR/MCP par les prestataires. Accroître la capacité des prestataires de MTR/MCP à utiliser correctement les produits et thérapies de MTR/MCP.
- Usage correct de la MTR/MCP par les consommateurs. Accroître la capacité des consommateurs à prendre des décisions informées sur l'usage des produits et thérapies de MTR/MCP.

Stratégie de l'OMS

L'OMS encouragera les pays à organiser des programmes de formation pour les praticiens allopathes dans le but de leur permettre d'acquérir une connaissance élémentaire de la MTR/MCP et d'encourager la pratique autorisée des thérapies.

L'OMS continuera de développer des références faisant autorité pour les États membres, telles que les *Monographies de l'OMS concernant une sélection de plantes médicinales*. Elle

« ...nous devons élargir la base de connaissances des tradipraticiens et des prestataires de soins de santé conventionnels de telle sorte qu'elle englobe le répertoire complet des pratiques sanitaires sûres et efficaces, étendant ainsi réellement les horizons des soins de santé. Ces pratiques pourront alors être intégrées à des régimes de traitement interdisciplinaire optimaux développés en coopération avec les patients. Ces impératifs dictent de sérieux efforts de recherche, formation et communication... »⁴⁵

développera également des informations et du matériel éducatif (y compris des traductions) et un site web sur la MTR/MCP pour sensibiliser au besoin d'un usage rationnel de la MTR/MCP et pour guider le public en ce qui concerne leur usage sûr.

Indicateurs critiques

Objectif de la stratégie	Nombre d'États membres de l'OMS signalant un institut national de recherche ¹ pour la MTR/MCP / Nombre total d'États membres de l'OMS	Position en 1999	Cible pour 2005
États membres de l'OMS avec un institut national de recherche pour la MTR/MCP	19/191	10 %	18 %

Résultats escomptés pour 2002–2005

- Formation de base aux thérapies de MTR/MCP couramment utilisées pour les allopathes.
- Formation de base aux soins de santé primaires pour les praticiens de MTR.
- Information fiable pour les consommateurs sur l'usage correct des thérapies de MTR/MCP.
- Meilleure communication entre les praticiens allopathes et leurs patients en ce qui concerne l'usage de la MTR/MCP.

¹ Un institut national de recherche est ici défini comme un institut national de recherche bénéficiant du soutien du gouvernement.

Liste des Centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle

Nombre total de Centres collaborateurs : 19

Répartition régionale

Afrique :	3
Amériques :	2
Europe :	1
Asie du Sud-est :	1
Pacifique occidentale :	12

Afrique

- Centre for Scientific Research in Plant Medicines, Mampong-Akwapim, Ghana
- Centre National d'Application des Recherches Pharmaceutiques (CNARP), Antananaviro, Madagascar
- Institut National des Recherches en Santé Publique, Bamako, Mali

Amériques

- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, Bethesda, USA
- Faculté de pharmacie, université d'Illinois à Chicago, Chicago, USA

Europe

- Centre de recherche en bioclimatologie, biotechnologies et médecine naturelle, Université d'État de Milan, Milan, Italie

Asie du Sud-est

- Académie de médecine traditionnelle coréenne, Pyongyang, République populaire démocratique de Corée.

Pacifique occidentale

- Institut d'acupuncture et moxibustion, Académie chinoise de médecine traditionnelle chinoise, Beijing, République populaire de Chine
- Institut de science et information clinique, Académie chinoise de médecine traditionnelle chinoise, Beijing, République populaire de Chine
- Institut de développement des plantes médicinales, Académie chinoise de médecine traditionnelle chinoise, Beijing, République populaire de Chine
- Institut de materia medica chinoise, Académie chinoise de médecine traditionnelle chinoise, Beijing, République populaire de Chine

- Université de médecine traditionnelle chinoise de Nanjing, Nanjing, République populaire de Chine
- Institut de recherche en acupuncture, Université de Fudan, Shanghai, République populaire de Chine
- Université de médecine traditionnelle chinoise de Shanghai, Shanghai, République populaire de Chine
- Centre de recherche en médecine orientale, Institut Kitasato, Tokyo, Japon
- Département de médecine orientale japonaise, Université médicale et pharmaceutique de Toyama, Toyama, Japon
- Institut de recherche médicale Est-Ouest, Université de Kyung Hee, Séoul, République de Corée
- Institut de recherche sur les produits naturels, Université nationale de Séoul, République de Corée
- Institut de médecine traditionnelle, Hanoi, Vietnam



Sélection de publications et documents de l'OMS sur la médecine traditionnelle

Les publications et documents listés ci-dessous sont disponibles en anglais. Les publications et documents également disponibles en français et/ou en espagnol sont marqués d'un F ou d'un E.

Politique nationale et surveillance

- Apia Action Plan on Traditional Medicine in the Pacific Island Countries.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 2001.
- Development of National Policy on Traditional Medicine.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 2000.
- Legal Status of Traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: a World-wide Review.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, en cours d'impression.
- The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO meeting.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série de rapports techniques de l'OMS, No. 622).
- Regulatory Situation of Herbal Medicines: a World-wide Review.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (référence document WHO/TM/98.1) (F en cours d'impression/E).
- Report of the Inter-regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine.* Genève, Organisation mondiale de la santé (référence document WHO/EDM/TRM/2001.1).
- The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China (Based on an Inter-Regional Seminar Sponsored by the WHO in Association with the Ministry of Public Health of the People's Republic of China, 9–21 October 1985).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (référence document WHO/TM/86.2).
- Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information.* Washington, DC, Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la Santé, 2000.
- Traditional Medicine and Health Care Coverage.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1983. Réimprimé en 1988.
- Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (référence document WHO/SHS/DHS/TM/95.6).

Qualité, sécurité et efficacité

Plantes médicinales

- Basic Tests for Drugs: Pharmaceutical Substances, Medicinal Plant Materials and Dosage Forms.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (F/E).
- Good Manufacturing Practices: Supplementary Guidelines for the Manufacture of Herbal Medicinal Products. Annex 8 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirty-fourth Report.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (Série de rapports techniques de l'OMS, No. 863) (F/E).

- Guidelines for the Appropriate Use of Herbal Medicines.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1998 (Publications régionales de l'OMS, Série Pacifique occidental No. 23).
- Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines. Annex 11 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirty-fourth Report.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (Série de rapports techniques de l'OMS, no. 863) (F/E).
- Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.
- Medicinal Plants in China.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1989 (Publications régionales de l'OMS, Série Pacifique occidental No.2).
- Medicinal Plants in the Republic of Korea.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1998 (Publications régionales de l'OMS, Série Pacifique occidental No.21).
- Medicinal Plants in the South Pacific.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1998 (Publications régionales de l'OMS, Série Pacifique occidental No.19).
- Medicinal Plants in Viet Nam.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1990 (Publications régionales de l'OMS, Série Pacifique occidental No.3).
- WHO Monographs on Selected Medicinal Plants.* Vol. 1. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.
- WHO Monographs on Selected Medicinal Plants.* Vol. 2. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

Recherche

- Clinical Evaluation of Traditional Medicines and Natural Products. Report of a WHO Consultation on Traditional Medicine and AIDS, Geneva, 26–28 September 1990.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990 (référence document WHO/TM/GPA/90.2).
- General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, en cours d'impression (référence document WHO/EDM/TRM/2000.1).
- Guidelines for Clinical Research on Acupuncture.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1995 (Publications régionales de l'OMS, Série Pacifique occidental No.15).
- In Vitro Screening for Anti-HIV Activities. Report of an Informal WHO Consultation on Traditional Medicine and AIDS, Geneva, 6–8 February 1989.* OMS Genève, 1989 (référence document WHO/GPA/BMR/89.5).
- Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1993.
- Traditional and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 2000.

Usage rationnel

Nomenclature de l'acupuncture

- A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991.
- Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. Lyon, France, 28–30 November 1990.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991 (référence document WHO/TM/91.2).
- Standard Acupuncture Nomenclature, 2^{ème} éd.* Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1993.

Préservation des plantes médicinales

- Conservation of Medicinal Plants. Proceedings of an International Consultation, Chiang Mai, Thailand, 21–27 March 1998.* Cambridge, UK, Cambridge University Press, 1991.

Natural Resources and Human Health: Plants of Medicinal and Nutritional Value. Proceedings of the First WHO Symposium on Plants and Health for All: Scientific Advancement. Kobe, Japan, 26–28 August 1991. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1992.

WHO/IUCN/WWF Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants. Gland, Suisse, Union mondiale pour la Nature, 1993 (F/E).

Sélection et usage des thérapies

WHO/DANIDA Intercountry Course on the Appropriate Methodology for the Selection and Use of Traditional Remedies in National Health Care Programmes. Report of an Intercountry Course Held in Kadoma, Zimbabwe, 26 June – 6 July 1989. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991 (référence document WHO/TM/91.1).

WHO/DANIDA Training Course: the Selection and Use of Traditional Remedies in Primary Health Care. Report of an Inter-Regional Workshop Held in Bangkok, Thailand, 25 November – 4 December 1985. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (référence document WHO/TM/86.1).

Formation et bonne pratique

Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (référence document WHO/SHS/DHS/TM/95.5).

Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (référence document WHO/EDM/TM/99.1) (F).

Prospects for Involving Traditional Health Practitioners. Report of the Consultation on AIDS and Traditional Medicine, Francistown, Botswana, 23–27 July 1990. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990 (référence document WHO/TM/GPA/90.1) (F).

Acupuncture: Review and Analysis of Reports. Genève, Organisation mondiale de la Santé, en cours d'impression.

Training Package for Practitioners of Traditional Medicine. Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1999.

Centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle

Report of the Third Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine. Beijing, People's Republic of China, 23–26 October 1995. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (référence document WHO/TM/96.1).

Report of the Second Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine. Beijing, People's Republic of China, 16–20 November 1995. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988 (référence document WHO/TM/88.1).



Références

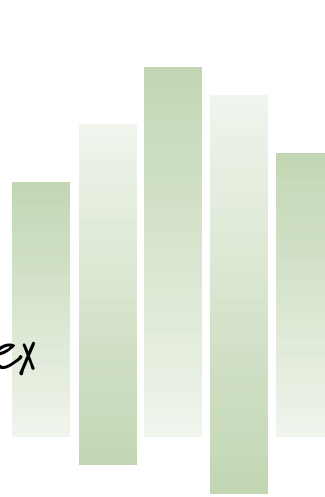
1. Pietroni P. Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine. *British Medical Journal*, 1992, 305:564–566.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Promoting the Role of Traditional Medicine in Health Systems: a Strategy for the African Region 2001–2010*. Harare, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (référence document AFR/RC50/Doc.9/R).
3. Organisation mondiale de la Santé. *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998–1999)*. Harare, bureau régional de l'Afrique de l'OMS, 2000.
4. Organisation mondiale de la Santé. *Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches*. Geneva, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (référence document (WP)TM/ICP/TM/001/RB/98–RS/99/GE/32(CHN)).
5. Organisation mondiale de la Santé. *Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies*. Washington DC, Bureau régional des Amériques de l'OMS/Organisation panaméricaine de la Santé (Groupe de travail OPS/OMS), 1999.
6. Organisation mondiale de la Santé. *Report: Technical Briefing on Traditional Medicine. Forty-ninth Regional Committee Meeting, Manila, Philippines, 18 September 1998*. Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 1998.
7. Fisher P & Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 309:107–111.
8. Santé Canada. *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. A Collection of Papers Prepared for Health Canada*. Ottawa, Santé Canada, 2001.
9. G. Domenighetti et al. Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parmi les médecins suisses. *Médecine Et Hygiène*, 2000, 58:2291.
10. Zollman C & Vickers AJ. *ABC of Complementary Medicine*. Londres, BMJ Books, 2000 (réimprimé à partir d'une série d'articles parus dans le *British Medical Journal* en 1999).
11. Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture et moxibustion. *The Distribution of WFAS Member Societies and Executive Members in Each Continent*. Beijing, Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture et moxibustion, 2000.
12. Organisation mondiale de la santé. *The Legal Status of Traditional and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, en cours d'impression.
13. Eisenberg DM et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1569–75.
14. Sermeus G. Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects. In: Lewith G & Aldridge D, eds. *Complementary Medicine and the European Community*. Saffron Walden, CW Daniel, 1991. Cité en référence 7.
15. Marthiessen P, Rosslénbroich B & Schmidt St. *Unkonventionelle Medizinische Richtungen – Bestandaufnahme zur Forschungssituation*. Bonn, Wirtschaftsverlag, NW, 1992. (Materialien zur Gesundheitsforschung, Band 21.) Cité en référence 7.

16. Chambre des Lords, Royaume-Uni. Comité spécial « Science et Technologie ». Session 1999–2000. 6th Report. *Complementary and Alternative Medicine*. London, Stationery Office, 2000 (HL Paper 123).
17. Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement. *Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Background Note by the UNCTAD Secretariat*. Genève, Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement, 2000 (référence document TD/B/COM.1/EM.13/2).
18. Data from Information Resources, Inc. Scanner Data, cite dans *Herbal Gram, Journal of the American Botanical Council and the Herb Research Association*, 1998, 43:61.
19. Mhame P. *The Role of Traditional Knowledge (TK) in the National Economy: the Importance and Scope of TK, Particularly Traditional Medicine in Tanzania*. Exposé présenté lors de la réunion d'experts de la CNUCED sur les systèmes et expériences nationales concernant la protection des savoirs, innovations et pratiques traditionnels, 30 octobre – 1er novembre 2000, Genève.
20. Cité dans : Spry-Leverton J. West Africa's traditional healers promote the new magic of immunization. *UNICEF Information Feature, October 2000*. Sur : <http://www.unicef.org/features/feat164.htm>.
21. Vongo R. *Local production and dispensing of herbal antimalarials*. Un rapport de la première assemblée internationale de l'Initiative de recherche sur les méthodes antipaludiques traditionnelles (RITAM), Moshi, Tanzanie, 8–11 décembre 1999.
22. Gyapong M et al. *Report on Pre-testing of Instruments of Roll Back Malaria Needs Assessment in the Dangme West District, Ghana*. 10 janvier 1999.
23. Diarra D et al. *Roll Back Malaria. Needs Assessment Report. Field Test of Instruments and Methodology in Mali*. 2–28 janvier 1999.
24. Brieger W et al. *Roll Back Malaria. Pre-testing of Needs Assessment Procedures. IDO Local Government, Oyo State, Nigeria*. 13 novembre – 4 décembre 1998.
25. Equipe RBM de pays. *The Final RBM Report on the Pre-testing of the RBM (WHO) Research Instruments, and the Situation Analysis for Action Against Malaria in Petauke District, Zambia*. 21 décembre 1998 – 20 janvier 1999.
26. Ahorlu CK. Malaria-related beliefs and behaviour in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2(5):488–499.
27. Organisation mondiale de la Santé. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
28. Communication personnelle de Manuel Vásquez, Rescate Ancestral Indígena Salvadoreño, Mars 2001.
29. Green E. *Indigenous Theories of Contagious Disease*. Walnut Creek, Californie, Alta Mira Press, 1999.
30. UNISIDA. *Collaboration with Traditional Healers in AIDS Prevention and Care in Sub-Saharan Africa: a Comparative Case Study Using UNAIDS Best Practice Criteria*. Genève, UNISIDA, 1999.
31. Burford G et al. *Traditional Medicine & HIV/AIDS in Africa. A Report from the International Conference on Medicinal Plants, Traditional Medicine and Local Communities in Africa. A Parallel Session to the Fifth Conference of the Parties to the Convention on Biological Diversity, Nairobi, Kenya, 16–19 May 2000*. 3 juillet 2000.
32. Jonas WB. Alternative medicine – learning from the past, examining the present, advancing to the future. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1616–1618.
33. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study [lettre]. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(19):1548–53.
34. Mason F. *The Complementary Treatment Project's Treatment Survey*. Toronto, 1995.
35. Anderson W et al. Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS. *AIDS*, 1993, 7:561–566.
36. Ostrow MJ et al. Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15:115–120.

37. Chez AR & Jonas WB. The challenge of complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 177:1556–1561.
38. Studdert DM et al. Medical malpractice implications of alternative medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1560–1575.
39. Rapporté par la Fédération mondiale de chiropraxie, 2000.
40. Rapporté par la World Chiropraxie Alliance, 2000.
41. Organisation mondiale de la Santé. *Regulatory Situation of Herbal Medicines. A Worldwide Review*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (référence document WHO/TRM/98.1).
42. Norges Offentlige Utredninger [Rapports officiels de Norvège]. NOU 1998:21. Ultredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial – og helsedepartementet Avgitt til Sosial – og helsedepartementet [Rapport d'un comité, désigné par le ministère de la Santé et des Affaires sociales, au ministère de la Santé et des Affaires sociales]. *Alternativ Medisin [Médecine alternative]*. 1998.
43. Vickers A. Complementary medicine. Recent advances. Clinical review. *British Medical Journal*, 2000, 321:683–686.
44. Bhattcharya B. M.D. programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 2000, 6:77–90.
45. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Expanding Horizons of Healthcare. Five-year Strategic Plan 2001–2005*. Maryland, National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2000.
46. Conseil de l'Europe. Résolution 1206 (1999). A European approach to non-conventional medicines. (Extrait de la *Gazette officielle du Conseil de l'Europe* – Novembre 1999) (référence document 8435). Assemblée parlementaire. 4 novembre 1999.
47. Organisation mondiale de la Santé. *Regional Consultation on Development of Traditional Medicine in South-East Asia Region, 1999*. New Delhi, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est de l'OMS, 1999 (référence document SEA/Trad.Med./80).
48. Organisation mondiale de la Santé. *Report of the Inter-Regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine. Bangkok, Thailand, 6–8 December 2000*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (référence document WHO/EDM/TRM/2001.1)
49. Organisation mondiale de la Santé. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (référence document WHO/EDM/TRM/2000.1).
50. Commission européenne. *COST Action B4: Unconventional Medicine. Final Report of the Management Committee, 1993–98*. Bruxelles, Commission Européenne, 1998 (référence document EUR 18420 EN).
51. EsSalud/Organización Panamericana de Salud. *Estudio Costo-Efectividad: Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de EsSalud (Study of Cost-Effectiveness: National Program in Complementary Medicine. Social Security of EsSalud)*. Lima, EsSalud/Organización Panamericana de Salud (Organisation panaméricaine de la santé), 2000.
52. Organisation mondiale de la Santé. *Counterfeit and Substandard drugs in Myanmar and Vietnam*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (référence document WHO/EDM/QSM/99.3).
53. Discours du Directeur général de l'OMS, Dr Gro Harlem Brundtland à l'occasion de l'inauguration de la Commission Macroéconomie et Santé, Paris, 8 novembre 2000. Accessible sur : http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001108_paris.html.
54. Berthold HK, Sudhop MD & Bergmann K. Effect of a garlic oil preparation on serum lipoproteins and cholesterol metabolism. *Journal of American Medical Association*, 1998, 279:1900–1902.
55. Kleijnen J, Knipschild P & ter Riet G. Garlic, onions and cardiovascular risk factors. A review of the evidence from human experiments with emphasis on commercially available preparations. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 28: 535–544.

56. Nortier JL et al. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (*Aristolochia fangchi*). *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(23):1686–1692. Cité en référence 45.
57. Piscitelli SC et al. Indinavir concentrations and St John's wort. *The Lancet*, 2000, 355(9203): 547–548. Cité en référence 45.
58. Organisation mondiale de la Santé. *Regional Meeting on Regulatory Aspects of Herbal Products. November 13–16, 2000, Final Report, Washington, DC*. Washington, DC, Bureau régional des Amériques de l'OMS/Organisation panaméricaine de la santé, 2000.
59. Organisation mondiale de la Santé. *The Work of WHO in the Western Pacific Region. Report of the Regional Director, 1 July 2001 – 31 June 2001*. Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 2001.
60. Organisation mondiale de la Santé. *Policy and Budget for One WHO*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (référence document PPB/2002–2003).
61. Organisation mondiale de la Santé. *Traditional Medicine*. Comité régional de l'OMS pour la région Pacifique occidental. Cinquante-deuxième session, Brunei Darussalam, 10–14 septembre 2001. Ordre du jour provisoire, point 13. Manille, Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, 2001 (référence document WPR/RC52/7).

Index



Abordabilité	2, 6, 21, 22, 27, 47, 48, 51
Accès	1, 2, 3, 4, 6, 11, 14, 22, 27, 28, 31, 35, 41, 47, 48, 50, 51
Accessibilité	2, 3, 13, 21, 43, 49
Acupuncture/acupuncteurs	1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 15, 17, 25, 33, 34, 44, 53, 54
Afrique	viii, 1, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 27, 28, 31, 34, 36, 41, 42, 43, 45, 50, 51, 53
Agence européenne pour l'évaluation des produits médicinaux (EMA)	19, 34, 41, 50
Amériques	viii, 1, 7, 8, 11, 25, 31, 32, 36, 53
Antipaludéens	2, 13, 27, 34
Asie	viii, 1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 21, 31, 32, 36, 40, 45, 53
Association pour la promotion de la médecine traditionnelle	43
Assurance	9, 10, 23, 24, 44
Banque mondiale	42
Centre(s) collaborateur(s)	6, 31, 34, 35, 36, 50, 52, 53
Chiropraxie/Chiropracteurs	8, 15, 16, 44
Collaboration Cochrane	43
Communication	4, 22, 29, 43, 48, 52
Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED)	40
Coopérative scientifique européenne sur la phytothérapie (ESCOP)	41, 42
Coût(s)	2, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 47
Culture durable	27, 28, 51
Dépenses	2, 12, 13, 51
Directives/Principes directeurs	5, 21, 26, 28, 32, 33, 34, 35, 44, 48, 49, 50, 51
Disponibilité	1, 2, 6, 13, 27, 31, 47, 48
Domaine complémentaire Cochrane	24
Droits de brevet	4
Education	3, 4, 9, 10, 16, 17, 23, 28, 29, 32, 42, 43, 44, 52
Efficacité	1, 2, 3, 5, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 36, 37, 41, 47, 48, 50, 51
Enregistrement	4, 16, 22, 26, 29, 32, 36, 44, 48, 50
Essais thérapeutiques randomisés	24, 26
États membres	viii, 3, 5, 9, 15, 19, 21, 23, 31, 35, 36, 40, 41, 42, 47, 49, 50, 51, 52
Europe	viii, 1, 8, 11, 12, 19, 21, 32, 34, 35, 41, 42, 50, 53
Fédération mondiale de chiropraxie (WFCC)	16, 44
Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture et moxibustion (WFAS)	11, 12, 44
Fondation Ford	43

Fonds mondial pour la nature (WWF)	43, 44
Formation	3, 4, 9, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 28, 33, 35, 39, 50, 51, 52
Indicateur(s) critique(s)	6, 47, 49, 50, 51, 52
Indicateur(s)	6, 27, 47, 49, 50, 51, 52
Industrie mondiale de l'automédication responsable (IMAR)	44, 45
Information	2, 4, 5, 12, 14, 22, 26, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 53
Initiative de recherche sur les méthodes antipaludéennes traditionnelles (RITAM)	45
Initiative globale pour les systèmes traditionnels de santé (GIFTS)	45
Innocuité, efficacité et qualité	1, 3, 5, 22, 23, 24, 26, 35, 48, 49, 50, 51
Instituts de recherche	6, 15, 28, 36, 37, 43, 52
Législation	4, 23, 28, 31, 33, 41, 44
Ligue médicale homéopathique internationale (LMHI)	44
Maladies chroniques	14, 22, 25, 47
Maladies transmissibles	27, 51
Mécanismes réglementaires et légaux	3, 22
Médecine traditionnelle chinoise	1, 7, 8, 33, 37, 53, 54
Médicaments à base de plantes	1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 45, 48, 49, 50, 51
Médicaments chimiques	2, 13, 14, 27, 29
Méditerranée orientale	viii, 36
Méthodologie(s)	4, 5, 21, 22, 24, 26, 34, 45, 48, 49, 50, 51
National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)	10, 17, 18, 34, 37, 53
Normes	4, 5, 6, 21, 22, 24, 26, 29, 39, 44, 47, 48, 50
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)	39, 40, 50
Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI)	40, 50
Organisation islamique pour les sciences médicales (IOMS)	45
Organisation mondiale du commerce (OMC)	42, 43
Organisations internationales	31, 41, 45
Organisations non-gouvernementales (ONG)	6, 39, 43, 44, 47, 51
Organisme mondial de la propriété intellectuelle (WIPO)	40, 41
Pacifique occidental	viii, 1, 8, 31, 32, 33, 36, 53
Paludisme	2, 5, 13, 19, 25, 45, 48, 51
Patients	2, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 48, 49, 52
Permis	3, 4, 21, 23, 28, 41
Plante(s) médicinale(s)	3, 14, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 32, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 51, 52, 53
Politique	1, 3, 5, 9, 10, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 35, 39, 40, 42, 45, 47, 48, 49
Praticiens	2, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 33, 39, 44, 45, 48, 49, 51, 52
Prestataires	2, 3, 4, 5, 9, 11, 15, 16, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 37, 43, 47, 48, 52
Preuves cliniques	3, 49
PRO.ME.TRA	43
Produits à base de plantes	1, 4, 7, 10, 12, 23, 31, 32
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)	14
Propriété intellectuelle	4, 23, 28, 40, 42, 43

Qualification	4, 28
Qualité	1, 3, 4, 5, 9, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 41, 47, 48, 49, 50, 51
Recherche qualitative	4, 27
Recherche quantitative	4
Recherche	2, 3, 4, 5, 9, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 51, 52, 53
Réglementation(s)	4, 9, 10, 15, 16, 22, 23, 26, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 41, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 51
Rentabilité	4, 24, 25, 27, 48, 52
Responsables de réglementation pharmaceutique	21, 34, 36, 41
Secrétariat du Commonwealth	41, 45
Soins de santé primaires	9, 14, 21, 29, 32
Soins de santé	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 32, 33, 40, 42, 43, 47, 48, 51, 52
Surveillance	4, 26, 50
Système(s) de soins de santé	1, 3, 5, 7, 8, 9, 16, 22, 31, 32, 33, 47, 48, 49
Thérapies manuelles	1, 3, 7, 50
Thérapies spirituelles	1, 7
Union Européenne (EU)	19, 42
Union mondiale pour la nature (IUCN)	43,44
Usage durable	3, 48, 51, 52
Usage rationnel	1, 3, 4, 5, 6, 22, 26, 28, 36, 47, 48, 52
VIH/SIDA	3, 5, 14, 15, 27, 28, 43, 48, 50, 51

Contacts dans le domaine des politiques de médicaments essentiels

Au siège de l'OMS:

Department of Essential Drugs and Medicines Policy
Health Technology and Pharmaceuticals Cluster
WHO Headquarters
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse :

Dr Jonathan Quick
Directeur
Tél. : +41 22 791 4443 E-mail : quickj@who.int

Dr Hans Hogerzeil
Coordinateur d'équipe, Politique, accès et usage rationnel
Tél. : +41 22 791 3528 E-mail : hogerzeilh@who.int

Dr Lembit Rāgo
Coordinateur d'équipe, qualité et sécurité : médicaments
Tél. : +41 22 791 4420 E-mail : ragol@who.int

Dr Germán Velásquez
Coordinateur d'équipe,
Programme d'action sur les médicaments
Tél. : +41 22 791 3509 E-mail : velasquezg@who.int

Dr Xiaorui Zhang
Coordinateur d'équipe suppléant, Médecine traditionnelle
Tél. : +41 22 791 3639 E-mail : zhangx@who.int

Contacts aux bureaux régionaux de l'OMS :

Regional Office for Africa
World Health Organization
Medical School, C Ward
Parirenyatwa Hospital
Mazoe Street
PO Box BE 773
Belvedere
Harare
Zimbabwe :

Dr Jean Marie Trapsida
Coordinateur suppléant de politiques
de médicaments essentiels
Tél. : +263 4 742 829 E-mail : janspex@intnet.me

Dr Ossy Kasilo
Conseiller en médecines traditionnelles
Tél. : +263 4 790 233 E-mail : kasiloo@whoafr.org

Regional Office for the Americas
World Health Organization
Pan American Sanitary Bureau
525, 23 rd Street NW
Washington, DC 20037 :

Dr Caridad Borrás
Coordinateur de programme,
Médicaments essentiels et technologie des soins de santé
Tél. : +1 202 974 3238 E-mail : borrasca@paho.org

Dr Rosario D'Alessio
Conseiller régional, Produits pharmaceutiques
Tél. : +1 202 974 3282 E-mail : dalessir@paho.org

Regional Office for the Eastern Mediterranean
World Health Organization
WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street,
opposite children's Library
Nasr City
Le Caire 11 371
Egypte :

Mr Peter Graaff
Conseiller régional, Produits pharmaceutiques
Tél. : +20 2 2765301 E-mail : graaffp@emro.who.int

Regional Office for Europe
World Health Organization
Regional Office for Europe
8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen
Danemark :

Mr Kees de Joncheere
Conseiller régional, Produits pharmaceutiques
Tél. : +45 3 917 1717 E-mail : cjo@who.dk

Regional Office for South-East Asia
World Health Organization
World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002
Inde :

Dr Krisantha Weerasuriya
Conseiller régional suppléant, Produits pharmaceutiques
Tél. : +91 11 331 7804 E-mail : weerasuriyak@whosea.org

Regional Office for the Western Pacific
World Health Organization
PO Box 2932
Manille 1000
Philippines :

Dr Budiono Santoso
Conseiller régional, Produits pharmaceutiques
Tél. : +63 2 528 8001 E-mail : santosob@who.org.ph

Dr Chen Ken
Conseiller en médecines traditionnelles
Tél. : +63 2 528 9948 E-mail : chen@who.org.ph

Une stratégie pour la médecine traditionnelle est **pertinente** :

La médecine traditionnelle continue de jouer un rôle important au niveau des soins de santé. Dans de nombreuses parties du monde, elle est préférée à toute autre forme de soins de santé. Ailleurs, l'usage des médicaments à base de plantes et des thérapies dites complémentaires et alternatives connaît une croissance spectaculaire. Il n'existe pas de déterminant particulier de popularité mais l'acceptabilité des pratiques traditionnelles ainsi que les perceptions d'abordabilité, d'innocuité et d'efficacité et la remise en question des pratiques allopathiques ont toutes un rôle à jouer. Étant donné ce vaste attrait, le manque général de recherche sur l'innocuité et l'efficacité des médecines traditionnelles est un sujet de grande inquiétude.

Une stratégie pour la médecine traditionnelle est **requise de toute urgence** :

Les organes internationaux, nationaux et non gouvernementaux continuent de s'efforcer à assurer que des traitements sans danger, efficaces et abordables pour un vaste éventail de maladies soient disponibles dans les régions où ils sont le plus nécessaires. L'OMS estime, cependant, qu'un tiers de la population mondiale manque encore d'accès régulier aux médicaments essentiels ; ce chiffre s'élevant à 50 % dans les parties les plus pauvres d'Afrique et d'Asie. Heureusement, dans de nombreux pays en voie de développement, la médecine traditionnelle offre une source importante et accessible de soins de santé. L'usage de la médecine traditionnelle au niveau des soins de santé primaires, cependant, et plus particulièrement dans le traitement de maladies mortelles, est une cause d'inquiétude. Une base factuelle en appui de son usage efficace et sans danger reste à développer.

Une stratégie pour la médecine traditionnelle a été développée :

En réponse à ces défis, l'OMS a développé une stratégie pour la médecine traditionnelle visant à permettre à cette forme de soins de santé de mieux contribuer à la sécurité sanitaire. Elle se concentre sur un travail avec ses États membres pour définir le rôle de la médecine traditionnelle dans les stratégies nationales relatives aux soins de santé, apportant son appui au développement de recherches cliniques sur l'innocuité et l'efficacité des médecines traditionnelles et en préconisant un usage rationnel de la médecine traditionnelle.

