



# ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF  
Cent cinquième session  
Point 8.2 de l'ordre du jour provisoire

EB105/36  
10 novembre 1999

---

## Mise en oeuvre de résolutions et de décisions

### Rapport du Secrétariat

#### TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
I. Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination	2
II. Stratégie pharmaceutique révisée	4
III. Promotion de la santé	6
IV. Elimination de la transmission de la maladie de Chagas	8
V. Coopération technique entre pays en développement	10
VI. Nutrition du nourrisson et du jeune enfant	11
VII. Clonage et santé humaine	15
VIII. Eradication de la poliomyélite	16

## I. ALLIANCE MONDIALE POUR LES VACCINS ET LA VACCINATION

1. Dans sa résolution WHA44.4, l'Assemblée mondiale de la Santé prie le Directeur général notamment de tenir le Conseil exécutif informé des progrès concernant l'initiative pour les vaccins de l'enfance. L'initiative pour les vaccins de l'enfance a été créée par un groupe d'organismes coparrainants composé de l'OMS, de l'UNICEF, de la Banque mondiale, du PNUD et de la Fondation Rockefeller à l'issue du Sommet mondial pour les enfants (New York, 1990). L'initiative représentait un effort international collectif visant à tirer profit des nouvelles découvertes scientifiques afin d'améliorer la protection contre les maladies infectieuses et de simplifier la fourniture de vaccins.

2. Aujourd'hui, environ deux millions d'enfants meurent encore chaque année de maladies évitables par les vaccins actuellement disponibles, et plusieurs millions d'autres vies pourraient être sauvées si l'on disposait de vaccins efficaces contre des maladies comme le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

3. On observe maintenant un nouvel engagement, de la part aussi bien des fondations philanthropiques que des sociétés productrices de vaccins et de divers établissements du secteur public, à fournir ces vaccins aux générations actuelles et futures d'enfants. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a vu le jour à la suite d'une série de réunions à la Banque mondiale à Washington (Etats-Unis d'Amérique) en mars 1998, à Bellagio (Italie) en mars 1999, et à Seattle (Etats-Unis d'Amérique) en juillet 1999, ainsi qu'après un examen approfondi d'une année des activités liées à la vaccination entreprises par les principaux partenaires intéressés.

4. L'Alliance a été créée pour permettre à chaque enfant de jouir du droit à être protégé contre les maladies évitables par la vaccination qui intéressent la santé publique. Elle a pour mission de sauver des vies d'enfants et de protéger la santé par l'utilisation généralisée de vaccins sûrs en mettant particulièrement l'accent sur les besoins des pays en développement.

5. Le principe fondamental de l'Alliance est que les partenaires acceptent une série d'objectifs communs dont ils contribueront tous à la réalisation par une action commune. L'Alliance n'est pas une nouvelle organisation, mais un regroupement qui élargit le partenariat pour les vaccins et la vaccination et renforce la synergie entre les contributions des partenaires.

6. Les objectifs stratégiques de l'Alliance sont les suivants : i) améliorer l'accès à des services de vaccination durables ; ii) renforcer l'utilisation de tous les vaccins existants présentant un bon rapport coût/efficacité ; iii) accélérer la mise au point et l'introduction de nouveaux vaccins ; iv) accélérer les efforts de recherche et développement pour les vaccins et produits apparentés dont ont surtout besoin les pays en développement ; et v) faire de la couverture vaccinale une partie intégrante de la conception et de l'évaluation des systèmes de santé et des efforts internationaux de développement. Des cibles intermédiaires ont été adoptées pour assurer dans un délai déterminé une réduction des inégalités d'accès aux vaccins et réduire la charge des maladies évitables, surtout chez les pauvres.

7. L'Alliance interviendra par l'intermédiaire des mécanismes ci-après :

- Un Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance qui facilitera : i) le financement des vaccins sous-utilisés et nouveaux ; ii) le renforcement de l'infrastructure pour la fourniture des vaccins ; et iii) la recherche et le développement de vaccins prioritaires pour les populations des pays pauvres.

- Un conseil d'administration initialement composé de 12 membres exprimant l'engagement au niveau politique le plus élevé des partenaires et offrant un groupe pour la prise de décision sur des objectifs et stratégies communs. Les chefs de secrétariat des organisations partenaires, membres d'office, présideront le Conseil à tour de rôle pendant une période de deux ans. Le Directeur général de l'OMS a accepté d'assumer la présidence pendant les deux premières années et le Directeur exécutif de l'UNICEF pour les deux années suivantes. Le Conseil d'administration compte parmi ses membres des représentants de l'OMS, de l'UNICEF, de la Banque mondiale, des pays industrialisés et en développement, d'organismes techniques, d'organismes de recherche et développement, de la Fondation Rockefeller et de la Fondation Bill et Melinda Gates.
  - Un secrétariat de coordination qui facilite l'orientation du Conseil et l'aide à assurer la participation et la représentation de tous les organismes participant aux activités de vaccination ; ce secrétariat se trouvera dans les locaux de l'UNICEF à Genève.
  - Un groupe de travail composé de membres dévoués du personnel de chacun des partenaires chargé de veiller à ce que les décisions du Conseil se concrétisent par des mesures opérationnelles appropriées pour chaque organisme.
  - Les groupes spéciaux de durée limitée chargés de questions spécifiques : trois groupes spéciaux dont le mandat a été fixé sont déjà en place : le premier sur la coordination dans les pays qui relève de l'OMS, le deuxième sur les activités de plaidoyer dirigé par l'UNICEF et le dernier sur le financement dirigé par la Banque mondiale. En outre, le Conseil d'administration a demandé qu'une analyse des lacunes en matière de recherche et développement soit menée à bien dans un délai d'un an.
  - Une réunion internationale qui se tiendra environ tous les deux ans avec la communauté de la vaccination au sens large.
8. Il est prévu de lancer l'Alliance publiquement en même temps que le Fonds mondial pour les vaccins de l'enfance à la fin janvier 2000, éventuellement à l'occasion du Forum économique mondial.
9. A la suite de la création de l'Alliance, les partenaires concernés par la mise sur pied de l'initiative pour les vaccins de l'enfance ont accepté de mettre un terme à l'initiative au 31 décembre 1999.

## II. STRATEGIE PHARMACEUTIQUE REVISEE

1. En mai 1999, les Etats Membres ont adopté la résolution WHA52.19 sur la stratégie pharmaceutique révisée. La résolution traite des problèmes qui se posent en rapport avec les accords commerciaux internationaux, l'accès aux médicaments essentiels, la qualité des médicaments et l'usage rationnel des médicaments. Elle se fonde sur la stratégie pharmaceutique révisée adoptée à l'origine par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA39.27 (1986). Cette stratégie définissait les principes et les buts de l'action de l'OMS dans le secteur pharmaceutique.

2. Les domaines de responsabilité de l'OMS définis dans la résolution WHA52.19 seront repris dans un document plus large portant sur la stratégie de l'OMS concernant les médicaments essentiels et les politiques pharmaceutiques, 2000-2003, actuellement mis au point à tous les échelons de l'OMS et en collaboration avec un large éventail de partenaires pour le développement. Les activités en cours dans les principaux domaines abordés dans la résolution sont récapitulées dans les paragraphes ci-après.

3. **Politiques pharmaceutiques nationales.** Fin 1999, une centaine d'Etats Membres avaient élaboré des politiques pharmaceutiques nationales et 145 des listes nationales de médicaments essentiels. Un appui continue d'être apporté pour l'élaboration des politiques, leur mise en oeuvre et leur suivi, l'accent étant mis en particulier sur l'application des politiques et sur l'évaluation de leur impact. La publication *Indicateurs pour le suivi des politiques pharmaceutiques nationales* est en cours de révision, et une nouvelle édition des *Directives pour l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales* doit être publiée sous peu. Des outils et des stratégies visant à garantir la prise en compte d'une perspective sexospécifique dans les politiques pharmaceutiques nationales sont également mis au point. L'appui fourni pour la mise en oeuvre des politiques pharmaceutiques nationales s'étend également à la collaboration en matière de financement des médicaments, de gestion des médicaments et d'approvisionnement. Au niveau mondial, une base de données sur la situation pharmaceutique dans le monde a été constituée.

4. **Produits pharmaceutiques et commerce.** Des avis sont fournis aux pays concernant le nouvel environnement économique international dans le cadre des politiques pharmaceutiques nationales. Des lignes directrices sont actuellement élaborées pour répondre à un certain nombre de demandes de renseignements émanant des Etats Membres au sujet des relations entre les accords internationaux et de questions telles que le prix des médicaments, l'innovation et la production locale, l'utilisation des exceptions, le transfert de technologie, les accords de licence et la période de transition pour les pays les moins avancés. Une bibliographie actualisée sur la mondialisation, les brevets et les médicaments – qui pourrait être utile aux pays qui effectuent eux-mêmes des recherches sur ces questions – est pratiquement terminée. Simultanément, des méthodes visant à suivre les répercussions sur la politique pharmaceutique et sur la santé publique des nouveaux accords sont actuellement mises au point avec des centres collaborateurs de l'OMS (au Brésil et en Thaïlande). La coopération se poursuit également avec l'ONUSIDA sur les accords commerciaux et l'accès aux médicaments liés au VIH. Un groupe de contact avec les parties intéressées de l'OMS, l'OMC, l'OMPI et la CNUCED a été constitué.

5. **Qualité des médicaments** On imagine actuellement des mécanismes visant à étendre le système OMS de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international afin de couvrir le contrôle des matières premières et de fournir des indications sur les problèmes de qualité liés au commerce. D'autre part, des monographies sont actuellement rédigées, qui seront incluses dans la *Pharmacopée internationale* pour les médicaments figurant sur la liste modèle des médicaments essentiels, y compris des antipaludiques et des antituberculeux. Des tests simplifiés sont également élaborés pour ces médicaments. Dernièrement, les travaux ont porté sur la mise au point d'épreuves de

criblage pour les médicaments antipaludiques et antituberculeux. Ces activités s'inscrivent dans une approche systématique du contrôle de la qualité.

6. Un grand projet de formation et de coopération technique visant à renforcer les bonnes pratiques de fabrication (BPF) édictées par l'OMS est en cours. De plus, un certificat d'inspection modèle des entreprises pharmaceutiques produisant des matières premières ou des produits pharmaceutiques finis est en cours de rédaction. Le but est d'assurer le respect des BPF/OMS. Il est prévu de le mettre en oeuvre en collaboration avec les Etats Membres.

7. **Information pharmaceutique et promotion des médicaments.** L'OMS continue de publier des fiches modèles à l'intention des prescripteurs pour les médicaments liés au VIH, les anti-infectieux et d'autres médicaments importants en santé publique. La publication de la onzième liste modèle des médicaments essentiels et de la dernière édition du formulaire modèle de l'OMS est prévue en 2000. L'OMS et les parties intéressées s'attachent actuellement à faciliter l'application des critères éthiques de l'OMS applicables à la promotion des médicaments et à en contrôler la mise en oeuvre. Un projet visant à analyser les données attestant de mauvaises pratiques en matière de promotion des médicaments dans le monde suit également son cours.

8. **Dons de médicaments.** La base de la stratégie OMS concernant les dons de médicaments consiste toujours à promouvoir activement l'application de bonnes pratiques dans ce domaine, en s'inspirant des principes directeurs révisés applicables aux dons de médicaments publiés en août 1999 sous l'égide de 15 organisations ayant l'expérience de l'aide humanitaire d'urgence.<sup>1</sup> Un système a été mis en place pour que les organisations et les entreprises pharmaceutiques approuvent publiquement ces principes directeurs. Parallèlement, l'OMS met en place un mécanisme qui permette aux bénéficiaires de dénoncer les dons inutiles. Il est prévu de rendre publiques les infractions répétées aux bonnes pratiques en matière de dons.

9. **Elargissement des partenariats.** L'OMS collabore de plus en plus avec des organisations comme l'UNICEF, la Banque mondiale, d'autres institutions du système des Nations Unies, Médecins sans Frontières, des organisations non gouvernementales et le secteur privé pour des questions relatives à l'accès aux médicaments essentiels. Cette action devrait accroître l'impact des politiques pharmaceutiques de l'OMS et élargir l'appui en faveur de la stratégie pharmaceutique révisée.

---

<sup>1</sup> Document WHO/EDM/PAR/99.4.

### III. PROMOTION DE LA SANTE

1. Dans sa résolution WHA51.12, l'Assemblée de la Santé a prié l'OMS de prendre un certain nombre de mesures spécifiques concernant la promotion de la santé auxquelles l'Organisation est en train de donner suite.

2. L'OMS continue de stimuler l'utilisation d'une approche fondée sur les « cadres » pour veiller à ce que la santé figure dans le programme de développement des responsables locaux et nationaux de la planification et de l'élaboration des politiques. Des efforts considérables ont été consentis aux niveaux mondial et national pour mobiliser un appui en faveur de la promotion de la santé dans les villes, les îles et les communautés, sur les marchés, dans les écoles, sur les lieux de travail et dans les services de santé.

3. Afin de renforcer les bases factuelles de la promotion de la santé dans la théorie et dans la pratique, l'OMS prépare des canevas pour guider la collecte de l'information de base au début des activités où l'on utilise une approche complète fondée sur les cadres pour faire face aux problèmes de développement de la santé. Des méthodes et des instruments sont mis au point pour guider l'évaluation des procédés et des résultats, y compris l'évaluation fondée sur la participation. Ces guides pratiques permettront d'améliorer la capacité des autorités locales et nationales de surveiller et d'évaluer des procédés complexes de transformation sociale dans des cadres déterminés. L'OMS s'attachera à incorporer dans ces instruments des recommandations précises pour réunir des informations qui font avancer les connaissances concernant les liens entre la pauvreté et les problèmes de santé, notamment le rôle des questions sexospécifiques, de l'appartenance ethnique, de l'âge et de l'incapacité. Les résultats du processus constitueront des éléments essentiels pour la politique de santé publique.

4. L'OMS recentre ses activités de manière à pouvoir mieux aller de l'avant et à échanger les connaissances sur les moyens d'entreprendre des activités de promotion de la santé qui répondent aux besoins des populations défavorisées. Par exemple, elle démontrera que l'incorporation de stratégies de promotion de la santé dans les politiques, les programmes et les projets de santé contribue à atteindre un bon niveau de santé et une meilleure qualité de vie chez les groupes vulnérables vivant en milieu défavorisé. L'OMS réunit et diffuse une base de données complète sur les études d'évaluation publiées concernant les activités de promotion de la santé dans les pays en développement. Plus de 450 études de ce type sur plus de 1000 ont été passées au crible ces six derniers mois sur la base de leur aptitude à fournir des méthodologies dont l'efficacité est avérée.

5. Afin de souligner la contribution des stratégies de promotion de la santé à la correction des inégalités croissantes en matière de santé, l'OMS est en train de parrainer avec l'OPS et le Ministère mexicain de la Santé la Cinquième Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui aura lieu à Mexico en juin 2000. La Conférence mettra l'accent sur la promotion de la santé comme moyen de combler le fossé en matière d'équité. Des études de cas sont en train d'être choisies pour démontrer que les politiques, programmes ou projets qui incorporent des stratégies de promotion de la santé tout au long de l'existence ont eu une influence positive sur la santé.

6. La pierre angulaire de la promotion de la santé est l'engagement à garantir l'équité par l'emploi d'approches qui permettent aux communautés et aux individus quel que soit leur âge d'opérer des choix favorables à la santé. Mais cela ne suffit pas. La promotion de la santé doit aussi veiller à ce que les politiques de l'Etat facilitent des choix favorables à la santé. Elle consiste à agir sur les différents déterminants complexes de la santé intervenant en synergie qui sont en dehors du secteur de la santé et opèrent aux niveaux individuel, familial, communautaire, national et mondial. De par sa nature, cette

---

activité suppose la formation de partenariats intersectoriels. On va donc chercher à privilégier trois domaines : la promotion de l'action pour la santé, la promotion de politiques favorables à la santé, et les progrès des connaissances et de la capacité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

7. En outre, l'OMS prend les premières mesures pour établir une alliance en faveur de la promotion mondiale de la santé. Cette alliance reconnaît explicitement qu'une action efficace pour la santé dépasse le cadre du secteur de la santé et suppose qu'on mobilise et conjugue les forces des nombreuses institutions sociales et organisations dont les activités influencent les déterminants sociaux de la santé. L'OMS stimule donc l'action intersectorielle au niveau national pour que les pays puissent effectivement appliquer les stratégies esquissées dans la Déclaration de Jakarta. C'est au niveau national que le secteur de la santé est le mieux en mesure d'identifier un éventail de groupes dont les intérêts sont souvent en concurrence pour planifier, programmer et évaluer les efforts du point de vue de la santé et du développement et de collaborer avec eux. Les activités au niveau national constituent la pierre de touche des alliances et des réseaux régionaux et mondiaux de promotion de la santé.

8. Il apparaît de plus en plus que la promotion de la santé et les stratégies de protection sont socialement et économiquement viables et que les approches durables améliorent les résultats pour la santé et favorisent une action responsable de la part des différents acteurs sociaux. Toutefois, le rôle de la promotion de la santé n'est pas encore bien compris dans les ministères de la santé, en partie parce qu'elle dépasse les frontières traditionnelles du monde médical et suppose une compréhension plus large de ce qui fait qu'une population est bien portante ou malade. La théorie et la pratique de la promotion de la santé partent de l'idée selon laquelle le meilleur moyen d'obtenir des percées en matière de santé consiste à contribuer à donner l'impression aux gens et aux communautés de maîtriser la façon dont ils choisissent de mener leur vie.

9. De nombreux médecins et autres praticiens de la santé reconnaissent que la santé est une équation complexe faisant intervenir des facteurs multiples dont certains ne sont pas encore connus par la médecine et les sciences sociales. S'inspirant des connaissances médicales avancées, l'OMS s'attachera à jeter un pont entre les progrès biomédicaux qui améliorent la santé et les facteurs sociaux contribuant de manière substantielle à la santé et au bien-être. L'appréciation du contexte plus large dans lequel les gens vivent lui permettra de comprendre quels sont les moyens efficaces et responsables de réduire les souffrances, les maladies et les décès inutiles.

10. Vu la nécessité croissante de s'inspirer d'un large éventail d'organismes locaux et nationaux pour l'action en santé et les politiques de santé, il faudra peut-être réexaminer la situation de la promotion de la santé au sein des ministères de la santé. La promotion de la santé devra peut-être être réorientée afin de renforcer la contribution qu'elle peut apporter pour générer et consolider des alliances pour la santé.

11. Les bases factuelles de la promotion de la santé existent et s'élargissent. Il existe de nombreux exemples montrant que l'action de santé intersectorielle comporte des avantages pour les populations désavantagées ou vulnérables. La prochaine conférence pour la promotion de la santé constituera une plate-forme pour les ministres de la santé du monde entier qui pourront échanger des informations sur les succès et les défis de la promotion et de la protection de la santé.

#### IV. ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DE LA MALADIE DE CHAGAS

1. Les progrès accomplis en vue d'interrompre la transmission de la maladie de Chagas présentés ici sont mesurés par les taux épidémiologiques et entomologiques. La réduction de l'incidence de l'infection dans diverses classes d'âge chez l'enfant de 1989 à 1999 est résumée dans le tableau ci-dessous.

#### REDUCTION DE L'INCIDENCE DE L'INFECTION CHEZ L'ENFANT, 1985-1999 (taux x 100)<sup>1</sup>

Sous-région	Pays	Classe d'âge (ans)	1985	1995	1999	Réduction 1985-1999	Observations
Cône Sud	Brésil	7-15	18,5	0,23	0,04	99,8	Evaluation par une commission indépendante en 2000
	Chili	0-10	5,9	5,4	0,38	94,0	Exemption de la transmission certifiée en 1999
	Uruguay	6-12	5,6	0,7	0,06*	99,0	Exemption de la transmission certifiée en 1997
Pays andins	Venezuela	0-4	1,7	0,1	0,1	95,0	Evaluation par une commission indépendante en 2000
Amérique centrale	Ensemble des pays	--	--	--	--	S/O	Etudes de prévalence en cours conformément à la résolution WHA51.14

<sup>1</sup> Données fournies par les pays.

\* Chiffre pour 1997.

-- Pas de données disponibles.

S/O Sans objet.

#### PAYS DU CONE SUD

##### Brésil

2. La prévalence de l'infection à *Trypanosoma cruzi* dans la classe d'âge 7-14 ans en 1999 était de 0,04 %, ce qui représente une réduction de 99,8 % de l'incidence dans cette classe d'âge. Les résultats des tests sérologiques effectués sur un nombre limité d'échantillons de la classe 0-4 ans en 1999 donnent une séroprévalence de 0,0 % pour cette classe d'âge, ce qui peut être interprété comme démontrant l'interruption de la transmission vectorielle de la maladie de Chagas au Brésil.



3. Le programme de lutte n'a capturé dans l'ensemble du pays en 1998 que 485 réduves domiciliaires *Triatoma infestans*, soit en moyenne un triatome pour 10 000 habitations étudiées, ce qui correspond à un taux d'infestation bien inférieur au minimum nécessaire pour assurer une transmission efficace du parasite à de nouveaux sujets.

4. Ces données confirment l'interruption de la transmission vectorielle de la maladie de Chagas au Brésil. La commission internationale chargée d'évaluer l'interruption de la transmission vectorielle se rendra au Brésil en l'an 2000 pour confirmer ces résultats. Sur la base de ces données épidémiologiques et entomologiques, le pays devrait être certifié exempt de transmission en l'an 2000.

## **Chili**

5. En 1999, 113 habitations ont été réinfectées et 55 réduves *T. infestans* capturés dans l'ensemble du pays.

6. Le taux d'infection de la classe d'âge 0-10 ans en 1998 était de 0,38 %, ce qui est bien au-dessous des 5 à 9 % constatés dans cette classe d'âge en 1985 et des 5,4 % relevés en 1995. La réduction au cours de la période est donc de 94 %.

7. Une commission indépendante s'est rendue dans les zones d'endémie pour certifier l'interruption de la transmission vectorielle. La certification a été délivrée à Santiago le 10 novembre 1999.

## **PAYS ANDINS**

### **Venezuela**

8. Les progrès accomplis en vue de l'interruption de la transmission sont remarquables : l'on a notamment enregistré une réduction de 37 % des taux d'infestation des habitations entre 1993 et 1998. A l'exception des Etats de Barinas et de Portuguesa où les taux d'infestation dépassent 2,9 %, les 10 autres Etats du pays ont des taux inférieurs à 1,1 %, ce qui représente un résultat remarquable, l'objectif fixé du programme de lutte étant de ramener le taux à moins de 2,0 % pour l'ensemble du pays. La prévalence des banques de sang infecté a été ramenée de 1,16 % en 1993 à 0,78 % en 1998.

9. L'incidence de l'infection dans la classe d'âge 0-4 ans a été réduite de 90 % entre 1992 et 1998, passant de 1,0 % à 0,1 %.

## V. COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT

1. Dans sa résolution WHA42.37, l'Assemblée mondiale de la Santé a prié entre autres le Directeur général de promouvoir des programmes de coopération technique entre pays en développement (CTPD) et de recenser les domaines pouvant faire l'objet d'une telle coopération. Le concept et les méthodes de la CTPD sont réexaminés à la lumière des changements rapides qui interviennent dans le monde. L'OMS définit des critères nouveaux pour elle-même et sa collaboration avec les pays afin d'élaborer une approche plus stratégique de la CTPD dans des domaines cruciaux telles la lutte contre la pauvreté et la réforme du secteur public. Les liens étroits qui unissent la CTPD et la coopération économique entre pays en développement sont façonnés par l'expansion des échanges Sud-Sud et le renforcement du secteur privé dans de nombreux pays en développement. L'intervention des organisations non gouvernementales, de la société civile et du secteur privé est maintenant considérée comme vitale pour le développement de la CTPD dans le contexte du nouveau système économique mondial.

2. La mondialisation et la libéralisation du commerce ont donné une signification et une impulsion nouvelles à la coopération entre pays en développement, en particulier aux niveaux régional et sous-régional. Deux décennies après le lancement de la CTPD, ce modèle de coopération Sud-Sud a manifestement pris une expansion considérable. Ainsi, les groupements commerciaux régionaux ne traitent pas uniquement de questions de commerce, mais veillent aussi au développement du secteur social. Il est évident que, pour un nombre croissant de pays, en particulier de pays en développement à revenu moyen, la CTPD est un moyen politique d'affirmer leur solidarité et de renforcer leur collaboration et leurs échanges commerciaux. Le système des Nations Unies joue également un rôle plus grand dans la promotion de la CTPD.

3. La vingt-troisième réunion des ministres de la santé du Mouvement des pays non alignés (La Havane, juin 1998) et le Sommet des chefs d'Etat et de gouvernement des pays non alignés tenu par la suite (Durban, Afrique du Sud, septembre 1998) ont recensé quatre domaines d'activités communes avec l'OMS :

- les valeurs sociales comme bases de la formulation de politiques
- la mondialisation et la santé pour tous
- la réforme du secteur de la santé
- la stratégie pharmaceutique révisée.

Dans cette perspective, et pour veiller à ce que la santé occupe une place essentielle dans les mesures prises pour garantir un développement durable et éradiquer la pauvreté, a récemment été créé un groupe spécial sur la santé et la lutte contre la pauvreté. Par ailleurs, l'OMS a accru son soutien pour donner à la CTPD l'impulsion qui lui sera nécessaire pour devenir la principale forme de coopération technique. Etant donné l'importance grandissante de la coopération régionale et sous-régionale, l'OMS agit de façon à renforcer la dynamique régionale.

4. L'OMS a adopté une approche plus stratégique de la CTPD en favorisant la collaboration dans les domaines des services de santé et de la lutte contre la maladie et en s'employant à relever les défis de la mondialisation. Il est admis que la CTPD doit servir à placer la santé au coeur des programmes de développement et d'action politique. De même, il importe de promouvoir une coopération horizontale au sujet des déterminants plus vastes de la santé que sont par exemple la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la nutrition, et pour un développement durable en général.

## VI. NUTRITION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

1. Dans le monde, plus d'un tiers des enfants de moins de cinq ans sont malnutris – c'est-à-dire atteints de retard de croissance, d'émaciation ou de carence en iode, en vitamine A ou en fer. Ces formes de malnutrition, souvent irréversibles et potentiellement mortelles, sont profondément ancrées dans la pauvreté et le sous-développement au point de compromettre le développement durable des populations concernées. Le présent rapport met l'accent sur l'amélioration de l'état nutritionnel du nourrisson et du jeune enfant, notamment par une alimentation appropriée.<sup>1</sup>

2. **La malnutrition protéino-énergétique.** La prévalence de la malnutrition protéino-énergétique, reflétée par le taux de retard de croissance et d'insuffisance pondérale, continue à diminuer lentement. Mais plus d'un quart des enfants de la planète sont encore malnutris – 26,7 % (150 millions) présentant un poids insuffisant et 32,5 % (182 millions) un retard de croissance – dont 70 % vivent en Asie, 26 % en Afrique et 4 % en Amérique latine. La situation dans certaines parties de l'Afrique est particulièrement préoccupante, car le nombre des enfants malnutris augmente à la suite de catastrophes écologiques, de guerres, de troubles ou de déplacements massifs de populations.

3. Dans la plupart des cas, la malnutrition trouve son origine dans une situation de pauvreté caractérisée par un approvisionnement alimentaire insuffisant et irrégulier, des pratiques et des soins inappropriés en matière d'alimentation, des situations d'urgence nutritionnelle, des infections et des infestations généralisées, sans compter le manque de services de santé. La malnutrition maternelle reste un facteur majeur pour les 30 millions d'enfants nés chaque année avec un retard de croissance intra-utérin qui provoque un retard de croissance physique, mental et intellectuel et un risque accru de maladies infectieuses et de décès. Près de la moitié (49 %) des 10,7 millions de décès annuels d'enfants d'âge préscolaire dans les pays en développement sont imputables à la malnutrition.

4. L'OMS aide les pays à évaluer, surveiller, prévenir et prendre en charge la malnutrition protéino-énergétique. La base de données mondiale sur la croissance et la malnutrition de l'enfant couvre 95 % des enfants de moins de cinq ans dans le monde.<sup>2</sup> Un manuel publié récemment concerne l'évaluation, la prise en charge et la réadaptation de l'enfant gravement malnutri, et offre une base pour la mise au point de principes directeurs simplifiés et de matériels de formation destinés à différentes situations, par exemple dans le contexte de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.<sup>3</sup> En attendant, l'étude multicentrique visant à déterminer une nouvelle référence internationale de croissance est bien avancée au Brésil, aux Etats-Unis d'Amérique et en Norvège et est sur le point de commencer au Ghana, en Inde et en Oman.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Ce rapport est soumis, conformément aux résolutions WHA33.32 et WHA49.15 et à l'article 11.7 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Pour un résumé complet de la malnutrition dans le monde et l'action de l'OMS pour y faire face, voir : Nutrition for health and development: progress and prospects on the eve of the 21st century (document WHO/NHD/99.9 (anglais seulement)).

<sup>2</sup> Désormais accessible sur le Web : <http://www.who.int/nutgrowthdb>.

<sup>3</sup> *La prise en charge de la malnutrition sévère : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement*. Genève, OMS, 1999.

<sup>4</sup> Pour plus de renseignements sur la situation actuelle de l'étude multicentrique sur la référence de croissance, voir le document EB105/INF.DOC./1.

5. **Politiques et programmes nationaux de nutrition.** Les deux grandes conférences mondiales sur la nutrition de la décennie reconnaissent l'importance de politiques et de plans plurisectoriels de nutrition pour atteindre une sécurité alimentaire et nutritionnelle durable et réduire la plupart des formes de malnutrition.<sup>1</sup> La collaboration étroite entre la FAO et l'UNICEF et les programmes régionaux de nutrition énergiques de l'OMS ont contribué à mettre en place ou à renforcer des plans et des politiques nationaux de nutrition en harmonie avec les objectifs de la Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition. Jusqu'ici, 151 Etats Membres (79 %) ont mis au point leurs plans et politiques de nutrition et 21 autres (11 %) sont en train de le faire. En 1999, en collaboration avec la FAO et l'UNICEF, les programmes nationaux de nutrition ont été examinés et des stratégies régionales élaborées pour l'Asie du Sud-Est, l'Europe et le Pacifique occidental. L'OMS entreprend également une étude multipays visant à définir les questions critiques de sécurité alimentaire et nutritionnelle dans le contexte du renforcement des politiques et programmes nationaux de nutrition.<sup>2</sup>

6. **Autres formes majeures de malnutrition de l'enfant.** Quelque 740 millions de personnes – enfants et adultes – dans 130 pays sont victimes de **troubles dus à une carence en iode**, qui restent la principale cause distincte de lésions cérébrales évitables du fœtus, du nourrisson et du jeune enfant. Des progrès remarquables ont néanmoins été réalisés, comme l'a constaté l'Assemblée de la Santé en 1999.<sup>3</sup> La **carence en vitamine A** touche 100 à 140 millions d'enfants de 118 pays, principalement d'Afrique et d'Asie du Sud-Est, provoquant la cécité et un risque accru d'infections et de décès. Les stratégies de prévention et de lutte qui ont fait leurs preuves sont notamment la supplémentation, l'enrichissement des aliments et l'amélioration du régime alimentaire. En 1998, les suppléments de vitamine A fournis par les programmes nationaux de vaccination ont permis une amélioration rapide, bien que temporaire, de l'état vitaminique A de 24 millions d'enfants. Parmi les autres formes majeures de malnutrition de l'enfant, il convient de mentionner la **carence martiale**, l'**anémie** et le problème surprenant de l'**obésité de l'enfant**, dont il est question dans le rapport sur la malnutrition mondiale.<sup>4</sup>

7. **La nutrition dans des situations d'urgence.** Pour contribuer à éviter, diagnostiquer et prendre en charge la malnutrition et les poussées de carences en nutriments spécifiques qui touchent périodiquement les réfugiés et d'autres populations confrontées à la famine ou à des privations graves, des examens techniques ont été préparés sur le **scorbut**, la **carence en thiamine**<sup>5</sup> et la **pellagre**. L'OMS et le HCR ont organisé ensemble une consultation (Rome, février 1998) visant à élaborer des principes directeurs sur les soins aux sujets vulnérables du point de vue nutritionnel en situation d'urgence. Au cours de la crise dans le sud des Balkans (avril à juillet 1999), le **groupe spécial médico-sanitaire interorganisations**, présidé par l'OMS, s'est réuni chaque semaine pour examiner les questions de terrain sur les problèmes fondamentaux de santé publique, y compris l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.<sup>6</sup> L'OMS, l'UNICEF, le Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation

---

<sup>1</sup> Conférence internationale sur la nutrition (Rome, 1992) et Sommet mondial de l'alimentation (Rome, 1996).

<sup>2</sup> L'étude sur l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle à domicile destinée aux personnes vulnérables est en cours en Afrique du Sud, en Chine, en Egypte, au Ghana, en Indonésie et au Myanmar. Le Cambodge s'est également déclaré intéressé par une participation à l'étude.

<sup>3</sup> Voir le document WHA52/1999/REC/3, procès-verbaux de la Commission A, huitième et neuvième séances, et résolution WHA52.24. Voir aussi : Progrès en vue de l'élimination des troubles dus à la carence iodée (document WHO/NHD/99.4).

<sup>4</sup> Nutrition for health and development, op. cit.

<sup>5</sup> Scurvy and its prevention and control in major emergencies (document WHO/NHD/99.11); Thiamine deficiency and its prevention and control in major emergencies (document WHO/NHD/99.13) (sous presse).

<sup>6</sup> Information Sheet No. 6, « Feeding of infants and young children during emergencies ». In: Report of the Inter-Agency Medical/Health Task Force in the South-Balkans (en préparation).

infantile (IBFAN) et Linkages (Washington, D.C.) sont en train de mettre au point un module de formation sur l'alimentation du nourrisson en situation d'urgence.

8. **Le VIH et l'alimentation du nourrisson.** En 1998, une consultation technique OMS/UNICEF/ONUSIDA sur le VIH et l'alimentation du nourrisson a présenté des principes directeurs d'ordre théorique et pratique.<sup>1</sup> Selon un récent article,<sup>2</sup> la probabilité de transmission du VIH serait moins grande en cas d'alimentation maternelle exclusive qu'en cas d'alimentation mixte. Tout en concluant qu'il n'y a pas lieu de modifier les principes directeurs actuels, l'OMS a néanmoins pris l'initiative d'entreprendre des recherches complémentaires. En attendant, l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA mettent au point, ensemble, un cours sur le VIH et l'alimentation du nourrisson à utiliser dans le cadre de la formation à l'allaitement.

9. **Allaitement maternel et alimentation complémentaire.** Une bonne alimentation est cruciale pour la croissance, la bonne santé et le bien-être nutritionnel au cours des deux premières années de la vie. Une alimentation inappropriée est à l'origine d'une proportion majeure des cas de malnutrition de l'enfant et des décès qui en résultent. La banque de données mondiale de l'OMS sur l'allaitement maternel, qui couvre désormais 94 pays et 65 % des nourrissons de la planète, permet d'estimer à 35 % seulement la proportion des nourrissons exclusivement nourris au sein jusqu'à l'âge de quatre mois.<sup>3</sup>

10. L'initiative des hôpitaux « amis des bébés », lancée en 1992, est appliquée dans 171 pays. Le nombre des hôpitaux désignés comme tels est passé de 4300 en 1995 à plus de 16 000 à fin 1999. Néanmoins, le fait que les normes n'auraient pas été maintenues dans tous les cas suscite des préoccupations croissantes. C'est pourquoi l'OMS s'efforce de renforcer les capacités nationales, notamment en formant des agents de santé,<sup>4</sup> en sensibilisant les administrateurs et les responsables politiques,<sup>5,6</sup> ainsi qu'en diffusant un module de surveillance et de réévaluation<sup>7</sup> mis au point en collaboration avec Wellstart International pour favoriser la pérennité de l'initiative.

11. Les pratiques d'alimentation complémentaire inappropriées, aggravées par le problème des aliments souvent contaminés et inadéquats du point de vue nutritionnel, introduits trop rapidement (dans les pays en développement comme dans les pays développés) ou trop tardivement (dans les pays en développement), restent une cause majeure de malnutrition. Un examen des bases scientifiques pour des recommandations fiables sur l'alimentation du nourrisson a été largement diffusé.<sup>8</sup> Des recommandations pratiques pour la formation d'agents de santé communautaires sur l'alimentation complémentaire, par

<sup>1</sup> HIV and infant feeding (documents WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3).

<sup>2</sup> Coutoudis A. et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet* 1999, 354: 471-476.

<sup>3</sup> La banque de données mondiale de l'OMS sur l'allaitement maternel sera bientôt disponible sur Internet.

<sup>4</sup> Le conseil en allaitement : cours de formation (documents WHO/CDR/93.3-6).

<sup>5</sup> Promoting breastfeeding in health facilities – a short course for administrators and policy-makers (document WHO/NUT/96.3).

<sup>6</sup> Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement (document WHO/CHD/98.9).

<sup>7</sup> WHO, UNICEF and Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress (document WHO/NHD/99.2).

<sup>8</sup> WHO, UNICEF, University of California (Davis), ORSTOM. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge (document WHO/NUT/98.1).

exemple dans le contexte de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, sont mises au point sur cette base en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

**12. Progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.** Depuis l'adoption par la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé du Code international en 1981, 160 Etats Membres (84 %) ont fait part à l'OMS des mesures prises pour donner effet aux principes et aux buts du Code (83 % des Etats Membres en Afrique, 97 % dans les Amériques, 80 % en Asie du Sud-Est, 63 % en Europe, 95 % en Méditerranée orientale et 96 % dans le Pacifique occidental). Parmi les mesures prises au plan national, on peut mentionner l'adoption ou le renforcement de la législation, des recommandations concernant les agents de santé ou la distribution, des accords avec les fabricants, et des dispositifs de surveillance et de notification. Depuis le dernier rapport du Directeur général (1998), le Cambodge, la Croatie, la France, la Géorgie, la Guinée, la Malaisie et le Panama ont fourni des renseignements sur une série de nouvelles mesures.

13. L'OMS a répondu aux demandes d'appui technique émanant d'un certain nombre de pays, notamment l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Pakistan, et organisé des ateliers de formation en Thaïlande et dans la Région africaine (à l'intention de 12 pays francophones). En novembre 1998, le Directeur général a organisé deux tables rondes, l'une avec les organisations non gouvernementales de consommateurs et les ONG basées dans la communauté, et l'autre avec l'Association internationale des Fabricants d'Aliments pour l'Enfance. Les réunions ont examiné l'amélioration de la mise en oeuvre du Code dans les pays et le renforcement du dialogue entre les parties intéressées.

**14. Consultation technique mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.** L'OMS et l'UNICEF organisent, conjointement, une consultation d'experts qui aura lieu à Genève du 13 au 17 mars 2000 pour évaluer les politiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, faire le point des interventions clés et élaborer une stratégie complète pour la décennie à venir. La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sera informée des résultats de la consultation.

## **VII. CLONAGE ET SANTE HUMAINE**

1. En réponse à la résolution WHA51.10, un petit groupe de travail composé d'experts indépendants et d'experts mandatés par leur gouvernement s'est réuni à Genève du 12 au 14 octobre 1998 pour examiner un avant-projet de principes directeurs et de recommandations sur le clonage et la santé humaine. Une consultation sur ce projet a ensuite eu lieu par courrier électronique avec la participation de gouvernements, d'organisations internationales et d'institutions scientifiques et professionnelles.<sup>1</sup>

2. A la suite des discussions qui ont eu lieu à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et en réponse aux Etats Membres, aux experts internationaux et aux autres parties selon lesquels l'OMS devrait conduire l'action à envisager pour faire face aux problèmes sanitaires et éthiques posés par les progrès de la génétique, une nouvelle consultation sur le sujet aura lieu à Genève en décembre 1999.

3. A la lumière des observations faites pendant l'Assemblée de la Santé, les participants à cette consultation examineront un rapport sur les incidences de la génétique médicale et de la biotechnologie sur la santé publique. Compte tenu de cette étude et de la contribution des différentes parties présentes, ils définiront également les orientations qui pourraient être données à l'action de l'OMS dans ce domaine et des domaines connexes.

4. Le rapport établi à l'issue de cette consultation sera soumis à la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en vue d'un plus vaste débat, pour faire face aux problèmes sanitaires et éthiques posés par le clonage et d'autres techniques connexes.

---

<sup>1</sup> Voir document A52/12.

## VIII. ERADICATION DE LA POLIOMYELITE

1. Dans sa résolution WHA52.22 (1999), l'Assemblée mondiale de la Santé a préconisé une accélération de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite d'ici la fin de l'an 2000, la certification devant être achevée d'ici 2005.

2. D'importants succès ont été obtenus ; trois des six Régions de l'OMS signalent désormais zéro cas de poliomyélite. Les derniers cas signalés dans les Amériques, dans la Région européenne et dans celle du Pacifique occidental remontent respectivement à août 1991, novembre 1998 et mars 1997. Dans les dernières régions d'endémie, le nombre de cas signalés en 1999 représentait moins de la moitié de celui de l'année précédente. L'initiative de l'éradication a progressé avec une énergie et un impact considérables. Si l'on en est actuellement à la dernière ligne droite, le succès de l'effort mondial dépendra en dernier ressort d'une accélération des efforts d'éradication et de surveillance dans les pays où la poliomyélite reste ou a récemment été endémique.

3. Pour que l'accélération soit couronnée de succès, il faut que les Etats Membres organisent des séries supplémentaires de journées nationales de vaccination en 2000 et 2001, surtout dans les dix pays où la poliomyélite pose un problème prioritaire du point de vue mondial, à savoir l'Afghanistan, l'Angola, le Bangladesh, l'Ethiopie, l'Inde, le Nigéria, le Pakistan, la République démocratique du Congo, la Somalie et le Soudan.

4. Dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, les quatre pays prioritaires ont commencé des séries supplémentaires de journées de vaccination ou se sont engagés à le faire. En Inde, plus d'un milliard de doses de vaccin antipoliomyélitique oral sont distribuées dans le cadre de quatre journées nationales et de deux journées sous-nationales de vaccination entre octobre 1999 et mars 2000. Si les ressources sont disponibles, l'Afghanistan, le Bangladesh et le Pakistan feront passer le nombre de séries de deux à quatre chaque année en 2000 et 2001.

5. Parmi les six pays prioritaires en Afrique, l'initiative de l'éradication a franchi une étape historique entre août et octobre 1999, puisque les trois premières séries de journées jamais organisées ont eu lieu en République démocratique du Congo. L'Angola a élargi ses activités en organisant trois séries de juin à août 1999. En plus des journées de vaccination, le Nigéria et le Soudan ont organisé deux séries sous-nationales supplémentaires dans des zones à haut risque en 1999. En Ethiopie, deux séries seulement ont été organisées. En Somalie, les journées de vaccination ont été entravées par des problèmes de sécurité.

6. Consciente des ressources financières considérables nécessaires pour accélérer et mener à bien la campagne jusqu'en 2005 (le déficit était de US \$500 millions en mai 1999), l'Assemblée de la Santé a invité le Directeur général à mobiliser des fonds supplémentaires. Une annonce de contributions de US \$75 millions a depuis été reçue de la Fondation des Nations Unies et de la Fondation Bill et Melinda Gates. Pasteur-Mérieux-Connaught a fait don de US \$5 millions de vaccin antipoliomyélitique destiné aux zones de l'Afrique touchées par des conflits. La Banque mondiale a apporté un appui au Gouvernement indien en vue d'une accélération massive des activités d'éradication. Le Canada, les Etats-Unis d'Amérique et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont accru leur appui global à l'initiative d'éradication. Le Rotary International et plusieurs organismes de développement continuent à apporter un soutien actif à l'éradication mondiale.



7. On sous-estime encore, dans certains pays et dans certaines organisations, combien il est important de respecter la date cible de l'éradication de la poliomyélite. Plus la transmission intense du poliovirus se poursuit en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, plus le risque de réinfection dans les zones désormais exemptes de la maladie est élevé. D'importantes flambées en Angola et en Iraq en 1999 démontrent la fragilité des progrès enregistrés jusqu'ici. Un retard dans la réalisation de l'objectif entraînerait une augmentation du coût total de l'éradication allant jusqu'à US \$100 millions par an. En outre, il sera très difficile de garder les niveaux actuels de financement pendant plus de 24 à 36 mois, surtout dans les pays exempts de poliomyélite qui devraient maintenir des journées de vaccination pour se protéger contre une importation de la maladie.

8. Les organisations du système des Nations Unies et les partenaires de l'éradication de la poliomyélite doivent accroître leur capacité de répondre aux exigences de l'accélération de l'initiative. En 1999, une planification et une coordination insuffisantes ont entraîné des retards ou l'annulation de journées de vaccination en Afrique et en Asie méridionale. Il faut renforcer l'amélioration des prévisions, de la planification et de la coordination entre les organisations du système des Nations Unies, les fabricants de vaccins et les gouvernements des pays donateurs pour éviter ou prévenir d'autres déficits de vaccin antipoliomyélique au moment où les Etats Membres répondent à l'appel en faveur d'une accélération de l'éradication.

9. Les efforts visant à instaurer la paix pour la conduite de journées nationales de vaccination ou au moins à offrir un milieu de travail sûr et un accès aux communautés reculées doivent être élargis à toutes les zones qui continuent d'être touchées par des conflits. En Somalie, deux membres du personnel des Nations Unies recrutés sur place pour des activités d'éradication de la poliomyélite ont été assassinés en 1999. Deux membres d'une équipe de vaccination ont également été assassinés en Angola où peu d'enfants ont pu être vaccinés au cours des journées nationales de vaccination dans les zones contrôlées par l'UNITA. Le succès enregistré par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies dans la mise sur pied de « journées de tranquillité » pour les journées de vaccination en République démocratique du Congo montre qu'on peut envisager d'offrir des conditions de travail satisfaisantes dans de telles zones, malgré des problèmes apparemment insurmontables de logistique et de sécurité.

10. Les normes fixées par la Commission mondiale pour la Certification de l'Eradication de la Poliomyélite ne sont pas respectées partout. Certains pays ont même interrompu leurs activités de vaccination complémentaire malgré une sensibilité de la surveillance qui reste bien inférieure aux normes de certification prévues. L'expérience des Régions des Amériques, de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental montre très clairement que de telles mesures peuvent menacer des percées historiques, car la transmission à faible niveau du poliovirus peut se poursuivre sans être détectée pendant plus de trois ans dans les zones où la surveillance n'est pas optimale.

= = =