



# Mise en oeuvre de résolutions et de décisions

## Rapport du Directeur général

Le présent document contient des rapports d'activités sur la mise en oeuvre de résolutions et de décisions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé. Le Conseil est invité à prendre note de ces rapports et à examiner les projets de résolutions présentés à la section XIV.

### TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
I. Groupe spécial sur la santé dans le développement	2
II. Centres collaborateurs OMS	3
III. Amélioration de la coopération technique entre pays en développement	4
IV. Prévention de la violence	6
V. Développement des systèmes de santé	9
VI. Politique et programme relatifs aux bourses d'études	11
VII. Stratégie pharmaceutique révisée	14
VIII. Publicité, promotion et vente transfrontières de produits médicaux par Internet	17
IX. Conséquences éthiques, scientifiques et sociales du clonage dans le domaine de la santé humaine	19
X. Promotion de la santé	21
XI. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant	23
XII. Tuberculose	27
XIII. Elimination mondiale du trachome cécitant	29
XIV. Action du Conseil exécutif	31
<b>I. GROUPE SPECIAL SUR LA SANTE DANS LE DEVELOPPEMENT</b>	

1. Les activités ci-après ont été entreprises à la suite de l'adoption de la résolution WHA50.23.
2. Concernant le paragraphe 4.1) du dispositif de la résolution, on a tenu compte des délibérations du groupe spécial dans les premières versions du document sur la politique de la santé pour tous, en particulier la version qui a été fournie au Conseil exécutif en janvier 1997. Les recommandations du groupe spécial seront utilisées en vue de l'établissement du dixième programme général de travail.
3. Concernant le paragraphe 4.2) du dispositif, le document intitulé : "La santé : le courage de soigner; analyse critique du 'leadership' international de l'OMS dans le domaine de la santé par le groupe spécial de la santé dans le développement" a été diffusé lors des réunions des comités régionaux en septembre et octobre 1997 comme première étape en vue d'une large diffusion des conclusions du groupe spécial sur le renforcement de l'OMS au siècle prochain. Chaque bureau de pays de l'OMS a également reçu des exemplaires du document et les membres du groupe spécial tiennent des séminaires nationaux pour examiner les idées qu'il contient avec les responsables politiques, les décideurs, les "partenaires" de la santé et du développement, ainsi que des établissements universitaires.
4. Le Directeur général a préconisé le renforcement et l'utilisation du potentiel offert par les efforts de promotion de la santé et de prévention, et le groupe spécial a recommandé que l'OMS joue résolument un rôle de chef de file dans ce domaine. Le suivi est assuré par l'OMS en collaboration avec de nombreux "partenaires" pour envisager différents domaines se prêtant à l'instauration de la paix par la santé. On contribuera ainsi à fournir des données d'expérience nouvelles sur l'utilisation de la santé comme "pont pour la paix"; à définir des dénominateurs communs dans des situations précédant des conflits; et à choisir des mesures sanitaires à tous les stades des conflits - avant, pendant et tout au long de la période de reconstruction et de réconciliation. Ces mesures peuvent constituer la base d'un plan d'action pour la santé comme "pont pour la paix".
5. Un groupe de travail constitué d'experts de la santé et des initiatives de paix a été mis sur pied; la première réunion a eu lieu en octobre 1997 sous le parrainage de la Fondation Mérieux, un centre collaborateur de l'OMS désigné pour des activités de promotion.
6. Concernant le paragraphe 4.3) du dispositif, les idées du groupe spécial sur la santé dans le développement concernant l'équité, la pauvreté et les droits de l'homme ont été reprises par un certain nombre de divisions et de programmes de l'OMS.
7. Suite à la recommandation du groupe spécial tendant à ce que l'OMS prenne rapidement des mesures pour lancer un programme judicieux de protection des droits de l'homme, une consultation informelle sur la santé et les droits de l'homme aura lieu les 4 et 5 décembre 1997 avec la participation des Régions de l'OMS, du Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, de représentants des organes des Nations Unies créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'experts des droits de l'homme, du droit international et de la santé publique. La consultation a pour but de dégager les principaux éléments d'un programme de l'OMS sur la santé et les droits de l'homme pour la période 1998-2000, ce qui permettra à l'OMS d'obtenir l'expertise nécessaire pour jouer un rôle de chef de file dans ce domaine, comme l'a recommandé le groupe spécial.

## **II. CENTRES COLLABORATEURS OMS**

Le rapport sur la mise en oeuvre de la résolution WHA50.2 sera présenté dans un additif au présent document.

### **III. AMELIORATION DE LA COOPERATION TECHNIQUE ENTRE PAYS EN DEVELOPPEMENT**

1. Au cours des deux décennies écoulées depuis la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et la Conférence de Buenos Aires sur la coopération technique entre pays en développement (CTPD), l'OMS a acquis une expérience considérable de la promotion et de la mise en oeuvre de la CTPD dans de nombreux pays. L'objectif de la santé pour tous, associé à la stratégie des soins de santé primaires, a exercé dans ces pays un impact considérable en termes d'équité, de viabilité et d'autoresponsabilité. Aussi, l'OMS a-t-elle admis que la CTPD était un moyen naturel d'instaurer la santé pour tous.

2. Soucieuse de se préparer à l'entrée dans le XXI<sup>e</sup> siècle, l'OMS s'est engagée avec les pays dans un processus actif de renouvellement des politiques et des stratégies de la santé pour tous. Les principaux défis à relever sont les profondes inégalités dans l'état de santé et l'accès aux prestations et les énormes disparités entre riches et pauvres dans de nombreux pays, y compris certains des pays les moins développés, ainsi qu'entre pays. Pour tenter de résoudre ces problèmes, les pays devront intensifier leurs échanges d'expériences, de sorte que la CTPD occupera une place importante dans la nouvelle stratégie de la santé pour tous.

3. En raison de la structure décentralisée de l'OMS, la coopération technique est fortement ancrée au niveau de la Région. Ainsi, en Afrique et en Asie, des initiatives communes de CTPD impliquant de nombreux pays dans des domaines tels que la santé maternelle et infantile, les médicaments essentiels et la santé reproductive ont donné des résultats encourageants. Le développement foudroyant des télécommunications a permis l'établissement de réseaux de centres collaborateurs de l'OMS, d'institutions et universités nationales, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles. Des réseaux, essentiellement pour le Sud, ont en outre été établis sur des sujets tels que l'économie et le financement de l'action de santé, la lutte contre la schistosomiase et l'information sanitaire (en particulier par rapport à la mauvaise santé et à la pauvreté), et ils continueront d'être utilisés pour des échanges d'informations et d'expériences entre les pays et les institutions. La participation des pays du Nord à ces réseaux a été importante. En fait, deux des Régions de l'OMS (les Amériques et le Pacifique occidental) conçoivent officiellement la coopération technique entre pays en général dans le même esprit que la CTPD puisqu'une coopération horizontale ne saurait exclure la participation d'un pays quel qu'il soit. Géographiquement, l'appui de l'OMS à la CTPD est organisé par les six bureaux régionaux. Certains aspects de cette action sont exposés ci-après.

4. Dans la Région africaine, la question des médicaments essentiels fait l'objet d'une collaboration interpays. Il est prévu de procéder entre pays à des échanges réguliers d'expertise sur la réforme du secteur de la santé dans le cadre de l'initiative spéciale de l'Organisation des Nations Unies sur l'Afrique continentale.

5. Dans la Région des Amériques, l'intégration du commerce et la restructuration économique dans le cadre d'accords sous-régionaux (l'Accord de libre-échange nord-américain, MERCOSUR et les marchés communs de l'Amérique centrale, des Andes et des Caraïbes), associées aux initiatives d'action sanitaire aux frontières, favorisent une coopération horizontale aux niveaux bilatéral et multilatéral. Un bon exemple en est le programme d'élimination de la maladie de Chagas dans les pays du Cône austral.

6. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, les activités transfrontalières ont été renforcées par des réunions et visites ministérielles visant à promouvoir la collaboration, en particulier pour la lutte contre des maladies comme la poliomyélite, la schistosomiase, le paludisme et le kala-azar, et pour la formation de personnels de santé. Une étude régionale complète des succès et des échecs de la promotion de la CTPD a conclu à la nécessité d'élaborer une approche plus stratégique, étroitement associée à la planification sectorielle et au développement sanitaire général. Ainsi, la précédente approche, plus fragmentaire, sera remplacée par une stratégie cohérente en vue de la planification du développement et de la réforme du secteur de la santé.

7. Dans la Région européenne, de vastes actions stratégiques comme la lutte contre la pauvreté et la réforme du secteur de la santé, considérées comme partie intégrante du développement d'ensemble, sont encouragées et mises en oeuvre selon les méthodes de la CTPD.

8. La Région de la Méditerranée orientale appuie les activités sanitaires techniques "horizontales" de groupes géopolitiques sous-régionaux comme la Conférence islamique et la Ligue des Etats arabes. Ces activités facilitent les échanges entre pays ayant des valeurs spirituelles et culturelles communes.

9. Dans la Région du Pacifique occidental, la CTPD est considérée comme une stratégie de collaboration pleinement intégrée à tous les secteurs de programme qui privilégie le développement des ressources humaines et favorise le développement des capacités et l'autoresponsabilité nationale.

10. Avec le Mouvement des pays non alignés, l'OMS appuie une nouvelle initiative importante en faveur de la réforme du secteur de la santé; son but essentiel est de combattre les inégalités dans le domaine de la santé. A la suite de réunions ministérielles du Mouvement des pays non alignés et d'une consultation technique sur la santé, l'Assemblée de la Santé a recommandé, en 1997 (résolution WHA50.27), la mise en place d'un réseau d'institutions pour la CTPD dans les pays concernés. Son but sera d'assurer un mécanisme permanent de CTPD pour la recherche opérationnelle et l'échange de connaissances et d'expériences entre les pays non alignés et d'autres pays en développement. Le Mouvement des pays non alignés estime que de nombreuses réformes ont été conduites par des institutions multilatérales et bilatérales davantage intéressées par des ajustements structurels économiques que par les graves problèmes d'équité avec lesquels est confronté le secteur de la santé. C'est dans ce contexte qu'est mis en place ce réseau avec le soutien de l'OMS et du PNUD. L'initiative est mise en oeuvre par le Ministère de la Santé de la Colombie, qui occupe actuellement la présidence du Mouvement des pays non alignés.

11. Au début de 1998, l'OMS tiendra une réunion spéciale avec des représentants du Mouvement des pays non alignés pour redéfinir les plans du réseau et reconsidérer la CTPD comme une "stratégie clef" de l'instauration de la santé pour tous. Les recommandations formulées à l'issue de cette réunion seront soumises pour examen à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1998. Cette initiative coïncide avec les discussions qui se tiennent actuellement à l'Organisation des Nations Unies et au PNUD sur la nécessité d'élaborer une approche plus stratégique de la CTPD, susceptible d'aborder de vastes questions intéressant un grand nombre de pays.

## IV. PREVENTION DE LA VIOLENCE

1. Dans la résolution WHA49.25, la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde et prié le Directeur général de soumettre au Conseil exécutif à sa quatre-vingt-dix-neuvième session un plan d'action décrivant le rôle de l'OMS et sa contribution à la prévention de la violence. A la suite de l'examen du Conseil, la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé ce plan dans la résolution WHA50.19. Afin de donner suite aux résolutions WHA49.25 et WHA50.19, deux types de mesure ont été prises immédiatement à la suite de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé, à savoir :

1) Les moyens dont dispose l'OMS pour entreprendre et coordonner des activités liées à la prévention de la violence ont été renforcés grâce à l'élargissement du mandat et des effectifs professionnels de l'unité Promotion de la sécurité et Prévention des traumatismes. Cette unité sera principalement chargée de coordonner (avec d'autres programmes techniques) la mise en oeuvre du plan d'action tout en continuant à s'occuper des activités relatives aux traumatismes involontaires, et plus particulièrement à ceux qui résultent d'accidents de la circulation (en raison du fardeau croissant que ce type de traumatismes représentent pour la santé, dans les pays en développement notamment); elle fournira également aux bureaux régionaux un appui approprié selon les besoins. Le groupe spécial sur la violence et la santé, créé par le Directeur général en juin 1996, aidera à suivre et à évaluer l'élaboration du plan d'action, et à faire en sorte qu'il apporte une réponse harmonisée et coordonnée aux demandes de coopération technique et assure une coordination efficace avec les autres organismes concernés et les donateurs potentiels.

2) Un réseau institutionnel a été créé afin de soutenir la mise en oeuvre du plan d'action; après avoir été approuvé par l'Assemblée de la Santé, le plan d'action a été envoyé aux centres collaborateurs de l'OMS, à qui il a été demandé d'analyser quelle pourrait être leur contribution technique à celui-ci; un plan final de coopération a été approuvé lors de la huitième réunion des chefs de centres collaborateurs sur la prévention des traumatismes (Johannesburg, 20 et 21 octobre 1997). Le groupe spécial aidera à coordonner les contributions des centres collaborateurs et des programmes techniques compétents.

2. En application du paragraphe 3.1) du dispositif de la résolution WHA50.19, des accords préliminaires ont été conclus avec quatre centres collaborateurs qui aideront à mettre en oeuvre le plan en ce qui concerne l'objectif 1 : décrire le problème (grâce à la surveillance), l'objectif 3 : identifier et évaluer les interventions, et l'objectif 4 : favoriser l'exécution de programmes et en assurer la diffusion. Les centres proposeront des orientations techniques et contribueront à un atelier sur l'exécution du programme et le renforcement des capacités nationales. Le National Center for Injury Prevention and Control des Centers for Disease Prevention and Control (CDC) des Etats-Unis d'Amérique ainsi que l'Institut de Défense des Consommateurs des Pays-Bas ont accepté de jouer un rôle majeur dans la réalisation de l'objectif 1 en renforçant les moyens de surveillance des traumatismes des pays, l'accent étant mis sur la violence intentionnelle, et en élaborant une classification internationale des causes externes dans la *Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de santé connexes* (CIM-10). Le plan d'action est déjà mis en oeuvre en Afrique (Ethiopie, Kenya, Ouganda, Zambie, Zimbabwe) et dans la Région de la Méditerranée orientale (Egypte); un institut national de prévention des traumatismes doit être créé en Ouganda avec l'appui de l'OMS en vue de contribuer à l'exécution du plan d'action.

3. Le Département de Médecine sociale (Institut Karolinska, Stockholm), centre collaborateur OMS pour la promotion de la sécurité communautaire, et le Centre de Santé publique de Québec, centre collaborateur OMS pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, ont accepté d'apporter leur concours à des interventions communautaires de prévention de la violence et d'élaborer une méthodologie pour l'évaluation des programmes se rapportant aux objectifs 3 et 4 du plan d'action. Une liaison étroite sera maintenue pour la mise en oeuvre du programme avec deux centres collaborateurs sur la prévention de la violence, l'unité de Psychologie sanitaire et le Centre d'Action pour la Paix de l'Université d'Afrique du Sud à Johannesburg, et le Centro de Investigaciones de Salud y Violencia de l'Universidad del Valle, San Fernando (Colombie). A l'occasion de la

Sixième Conférence internationale sur la sécurité communautaire, parrainée par l'OMS à Johannesburg du 15 au 19 octobre 1997, un plan de travail sur les interventions communautaires de prévention et d'atténuation de la violence a été élaboré dans le but de mobiliser le réseau OMS de sécurité communautaire.

4. Etant donné le rôle essentiel que jouent les écoles dans la prévention de la violence, il a été décidé, conjointement avec la Division de la Promotion de la Santé, de l'Education et de la Communication, de produire un document sur ce sujet dans le cadre des "écoles-santé" afin d'aider les responsables scolaires et communautaires à planifier des activités de prévention de la violence.

5. En septembre 1997, en application de la résolution WHA49.25, l'Observatoire national des Droits de l'Homme d'Algérie a réuni un colloque international sur les formes contemporaines de violence et la "culture de paix", parrainé par le Ministère de la Santé et de la Population, l'UNESCO et l'OMS.

6. Conformément à l'objectif 4 du plan, afin de diffuser des informations, et notamment les derniers résultats de la recherche, sur lesquels fonder l'élaboration de politiques et de mesures concrètes, il a été décidé, à titre expérimental, de créer une page d'accueil sur le site web de l'OMS. L'action d'une équipe d'experts de pays développés et de pays en développement dynamisera ces efforts et la coopération technique sera également renforcée.

7. L'OMS a accordé une attention particulière à la récupération physique et psychologique et à la réinsertion sociale des enfants et des femmes victimes de conflits armés et a contribué à l'étude de l'Organisation des Nations Unies concernant les effets des conflits armés sur les enfants; au Mozambique, elle a facilité la coordination interinstitutions pour la mise en oeuvre de la résolution A/51/77 adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU sur cette question.

8. En ce qui concerne la violence contre les femmes, sont d'abord pris en considération la violence familiale, le viol et les violences sexuelles; au Rwanda et au Burundi, on évalue les besoins des femmes et des jeunes filles dans les situations de conflits armés, ou immédiatement après un conflit, et l'on s'efforce de renforcer les moyens des services de santé pour répondre à ces besoins. Une étude multipays sur la prévalence, les risques et les facteurs protecteurs dans les familles sera menée dans un premier temps dans six à huit pays afin d'obtenir des estimations de la prévalence et de l'incidence de ce type de violence contre les femmes, d'en montrer les conséquences sur la santé, de définir et de comparer les facteurs de risque et les facteurs protecteurs dans différents contextes et d'analyser les stratégies utilisées par les femmes pour faire face à la violence dont elles sont victimes de la part de membres de leur entourage. L'OMS s'efforce également de renforcer les capacités de recherche locales, d'élaborer et de tester de nouveaux instruments de mesure de la violence et de ses conséquences, notamment les traumatismes psychologiques et affectifs, et de promouvoir des recherches afin de répondre aux besoins des femmes et d'associer les organisations de femmes.

9. Un dossier d'information sur la violence contre les femmes a été publié.<sup>1</sup> Il résume les informations récentes concernant la prévalence des diverses formes de violence contre les femmes, certains documents relatifs aux droits fondamentaux, ainsi que les mesures prises par plusieurs organismes qui collaborent avec l'OMS. Grâce à l'aide des bureaux régionaux, ce dossier est actuellement traduit en espagnol et en français.

10. L'OMS a collaboré avec la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) en contribuant au XV<sup>e</sup> Congrès mondial de Gynécologie et d'Obstétrique : à un atelier tenu avant ce Congrès sur "L'élimination de la violence contre les femmes : à la recherche de solutions" (rapport en préparation); à un groupe de discussion sur cette forme de violence; enfin, à une résolution sur cette question adoptée par l'Assemblée générale de la FIGO. Une réunion d'une journée a été organisée avec les participants à l'atelier précongrès pour passer en revue des exemples de mesures prises dans le secteur de la santé pour lutter contre la violence dont sont victimes les femmes, une attention particulière étant portée à l'adéquation de ces mesures et à leur pérennité compte tenu du manque de ressources. L'OMS suivra les recommandations de cette réunion

---

<sup>1</sup> Document WHO/FRH/WHD/97.8.

concernant l'élaboration de principes directeurs à l'intention des responsables politiques souhaitant mettre sur pied des programmes dans ce domaine, ainsi que des matériels de formation sur les soins à prodiguer aux femmes victimes de violence, à l'intention des agents de santé aux divers niveaux.

11. Etant donné que l'on se soucie davantage de ces questions et que de nombreux chercheurs s'y intéressent, un manuel sur la méthodologie applicable à l'étude de la violence contre les femmes a été préparé et est actuellement mis à l'essai en collaboration avec le projet de politique de santé et de développement et le réseau international de chercheurs sur la violence contre les femmes en vue de mettre au point des recommandations pratiques et d'ordre éthique.

12. Une base de données statistiques et bibliographiques mondiale a été créée afin de rassembler dans un premier temps des informations sur la violence contre les femmes dans le milieu familial, les viols et les violences sexuelles. L'accent est mis sur la prévalence des conséquences de ces actes pour la santé et cette base de données comporte des données non publiées. Plus de 600 entrées en provenance de toutes les Régions ont déjà été compilées et une centaine de demandes d'information ont été reçues. L'information est utilisée aux fins de sensibilisation, de recherche et d'élaboration de politiques à l'intérieur comme à l'extérieur de l'Organisation. L'OMS élargira la diffusion de cette information en collaborant avec le programme compétent de la Division de statistique de l'ONU, puis par Internet.

13. Des efforts de mobilisation de ressources sont faits en faveur des mesures destinées à prévenir la violence contre les femmes et à prendre en charge des victimes, ainsi que pour l'élaboration et la mise à l'essai de ces mesures dans le secteur de la santé car on ne sait que peu de chose de l'action entreprise dans différentes parties du monde dans ce domaine. Les associations les plus novatrices sont souvent celles qui disposent du moins de temps, de fonds ou de compétences techniques pour rendre compte de leur travail et en faire profiter les autres.



## V. DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

### GENERALITES

1. A sa quatre-vingt-dix-huitième session, le Conseil exécutif, préoccupé par l'importance accrue accordée aux programmes "verticaux" orientés sur des maladies, a désigné un groupe de travail spécial sur le développement des systèmes de santé, qui lui a soumis un rapport à sa centième session. Le Conseil, ayant examiné ce rapport, a adopté la résolution EB100.R1 qui prie notamment le Directeur général "de lancer une grande initiative en faveur de la recherche, de l'information, du renforcement des capacités et du soutien aux pays pour le développement des systèmes de santé ... et de soumettre un plan d'action dans ce sens pour examen au Conseil à sa cent unième session". Avant l'adoption de cette résolution, la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé avait adopté la résolution WHA50.27 sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement, sur proposition des pays du Mouvement des non-alignés, dans laquelle elle priait le Directeur général "de faire rapport sur les progrès accomplis à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé". Le présent rapport énonce le plan d'action qui avait été demandé dans la résolution EB100.R1; le rapport de situation préliminaire sur l'application de la résolution WHA50.27 sera actualisé avant d'être présenté à l'Assemblée de la Santé.

2. Le groupe de travail spécial du Conseil exécutif a conclu que l'appui de l'OMS au développement des systèmes de santé n'avait pas été suffisant et que de nombreuses autres entités (comme la Banque mondiale et l'UNICEF) avaient pris des initiatives dans ce domaine. Toutefois, les expériences de réforme des soins de santé menées partout dans le monde montrent qu'une évaluation critique et constructive du fonctionnement des systèmes de santé est plus nécessaire que jamais.

### INITIATIVE EN FAVEUR DU DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE (RESOLUTION EB100.R1)

3. L'objectif de l'initiative est d'accroître le rang de priorité accordé aux systèmes de santé dans le cadre des efforts de développement humain et sanitaire des pays et au niveau international, et d'élaborer des politiques et des stratégies dans ce domaine en se fondant sur les résultats de la réforme du secteur de la santé dans les pays. L'initiative devrait définir clairement les rôles, les fonctions et les niveaux des différents éléments du développement des systèmes de santé et accroître les capacités si besoin est. Elle mettra particulièrement l'accent sur les pays les moins avancés et sur les pays en retard par rapport aux cibles de la santé pour tous, et donnera la priorité aux besoins des groupes vulnérables et marginalisés à l'intérieur des pays. Elle établira des liens avec les établissements nationaux de façon à promouvoir et à mettre en oeuvre des activités en coopération. Elle permettra de créer des centres régionaux et mondiaux de référence, dépositaires de l'information sur le développement des systèmes de santé, auxquels les pays intéressés pourront s'adresser. Elle permettra d'établir et de renforcer les partenariats avec d'autres organismes bilatéraux et multilatéraux sur la base d'une politique bien établie et acceptée. Enfin, elle mettra en marche des mécanismes qui, au sein même de l'Organisation, rassembleront les différents éléments du développement des systèmes de santé et divers programmes techniques pour offrir un appui intégré et cohérent de l'Organisation aux pays et constituer un laboratoire d'idées pour suivre et évaluer les politiques. La mise en oeuvre intégrale de l'initiative dépendra des crédits du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires dont disposera le programme.

### GROUPE CONSULTATIF EXTERIEUR

4. Le Directeur général a créé, en application de la résolution EB100.R1, un groupe consultatif extérieur composé de huit membres, qui s'est réuni en novembre 1997 pour examiner le plan d'action en faveur de cette initiative mondiale. L'initiative sera constamment suivie par les organes directeurs, de même que par le groupe consultatif. Des rapports de situation périodiques seront présentés au Conseil exécutif.

## PLAN D'ACTION PROPOSE

5. Le plan d'action comporte les éléments suivants :

- |  |                |
|--|----------------|
| 1) Elaborer un projet d'initiative mondiale  | novembre 1997  |
| 2) Soumettre ce projet pour commentaires à un certain nombre de personnes ainsi qu'à des membres ou d'anciens membres du Conseil   | décembre 1997  |
| 3) Solliciter les observations du Conseil à sa cent unième session   | janvier 1998   |
| 4) Réviser le projet en tenant compte de ces observations  | février 1998   |
| 5) Préparer des propositions détaillées, notamment en ce qui concerne le financement, et mettre en place un réseau d'institutions participant au développement des systèmes de santé | mars 1998      |
| 6) Lancer l'initiative (voir paragraphe 3 ci-dessus)   | mai 1998       |
| 7) Soumettre le plan de travail détaillé au groupe consultatif extérieur   | septembre 1998 |
| 8) Organiser une réunion des donateurs potentiels  | novembre 1998  |
| 9) Rendre compte des progrès accomplis au Conseil exécutif à sa cent troisième session   | janvier 1999   |

## PROGRES ACCOMPLIS DANS LA MISE EN OEUVRE DE LA RESOLUTION WHA50.27

6. Le Directeur général est en train de renforcer les capacités d'analyse de l'Organisation afin de mieux tirer parti des expériences de réforme du secteur de la santé menées par les pays. Toutefois, l'obstacle principal, à savoir la disponibilité de ressources demeure. Parallèlement, l'Organisation collabore avec le Mouvement des pays non alignés afin de mettre en place un réseau d'institutions dans les pays en développement, chargé de systématiser, de compiler et de diffuser l'information sur les différentes modalités de réforme du secteur de la santé. On commencera par désigner un établissement dans une dizaine de pays et, petit à petit, le réseau sera étendu à un nombre plus important de pays en développement. La première réunion du réseau devrait avoir lieu en février 1998, date à laquelle le plan d'action sera établi. Le PNUD est étroitement associé à cet effort. D'autres organisations, comme la Banque mondiale, envisagent également d'intensifier leur coopération avec l'Organisation. Le développement des systèmes de santé est devenu un élément essentiel de la nouvelle stratégie de la santé pour tous qui sera présentée à la prochaine Assemblée de la Santé.

## VI. POLITIQUE ET PROGRAMME RELATIFS AUX BOURSES D'ETUDES

### INTRODUCTION

1. La présente étude complète et élargit les déclarations contenues dans le rapport présenté par le Directeur général à la quatre-vingt-dix-neuvième session du Conseil exécutif (document EB99/19, pp. 9-11) et se fonde sur le débat qui a eu lieu sur cette question au Conseil exécutif en janvier 1997.<sup>1</sup> Elle constitue une analyse approfondie du programme des bourses d'études pour la période 1990-1996, c'est-à-dire trois exercices complets et la première année de l'exercice en cours (1996-1997).

2. Une présentation statistique des principales caractéristiques du programme figure dans le document EB101/INF.DOC./2. Le présent document décrit les mécanismes de contrôle gestionnaire, et de planification et d'évaluation de la politique.

### CONTROLE GESTIONNAIRE

#### Processus de sélection

3. Dans la mesure où l'OMS est associée à la sélection de boursiers, elle peut contribuer à l'élaboration des politiques en la matière, fixer des priorités et se prononcer effectivement en faveur de tel ou tel candidat. De nombreux pays ont établi un comité de sélection spécial pour les bourses d'études, dont la composition comprend parfois des représentants d'autres secteurs (dans la Région des Amériques, par exemple). Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, tous les pays sont dotés de comités de sélection nationaux. Dans d'autres Régions, le pourcentage de pays dotés de tels comités va de quelque 8 % en Europe à plus de 90 % en Afrique. Dans certains cas, des critères de sélection explicites sont appliqués, issus des plans de mise en valeur des ressources humaines. Dans les bureaux régionaux, une nouvelle sélection des demandes de bourses est effectuée à trois niveaux : par l'administrateur chargé des bourses d'études (évaluation administrative), par le conseiller régional (évaluation technique) et par le directeur (qui doit donner son accord au nom du Directeur régional). Ce n'est que dans des cas exceptionnels que les demandes de bourses sont approuvées directement par le Directeur régional.

4. Le taux de refus des demandes de bourses au niveau des bureaux régionaux varie. Dans la Région de la Méditerranée orientale, il peut aller de 10,5 % (1996) à 34,7 % (1990). Les principales raisons du rejet d'une demande de bourse sont une incompatibilité du programme d'études avec le plan d'action convenu, le manque de fonds, des qualifications insuffisantes (notamment sur le plan linguistique) ou le dépassement de la limite d'âge par le candidat.

#### Surveillance de l'utilisation des bourses d'études (pendant et après la formation)

5. L'OMS contrôle systématiquement les résultats de l'utilisation de ces bourses d'études à travers un système de rapports pendant la formation puis ultérieurement. Elle adresse pour cela des questionnaires aux boursiers et aux établissements de formation pendant la période d'études, puis aux boursiers et à l'administration sanitaire nationale 12 mois après la fin des études, afin de savoir comment sont utilisés les services du boursier dans son pays. Le taux de retour du rapport final sur la bourse d'études va de 20 % à 50 % dans la plupart des Régions (souvent cependant après plusieurs rappels).

6. Dans la Région des Amériques, près de 75 % des boursiers rédigent un rapport final. Mais le Bureau ne reçoit de rapport sur l'utilisation des boursiers que dans 10 %-20 % des cas. Toutes les Régions ont fait savoir qu'il était exceptionnel que les boursiers ne retournent pas dans leur pays d'origine. Dans les Régions de l'Europe

<sup>1</sup> Voir document EB99/1997/REC/2, pp. 178-179.

et de la Méditerranée orientale, il n'y a pas eu de cas depuis sept et trois ans respectivement. Dans la Région des Amériques, le taux de retour est nettement supérieur à 90 %. Une étude récente réalisée en Chine a révélé un taux de retour comparativement modeste de 75 %, mais la récupération des coûts de la formation des boursiers qui ne rentrent pas dans leur pays est en général efficace. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, on estime que l'évaluation a posteriori serait généralement meilleure si le rôle des pouvoirs publics et des représentants de l'OMS était renforcé. Il convient de noter que le respect des règles de l'OMS en matière de rapports varie d'un pays à l'autre, d'une Région à l'autre, de même que dans le temps, aussi toute indication de moyenne doit-elle être considérée avec prudence. L'introduction de l'"instrument d'évaluation" dans l'ensemble de l'Organisation devrait permettre d'obtenir davantage de données chiffrées sur cet aspect de la gestion des bourses d'études.

## **Evaluation des programmes de formation**

7. Cet aspect présente un intérêt direct s'agissant des décisions en matière de placement des boursiers. L'OMS prend plusieurs mesures complémentaires : elle demande régulièrement l'avis des unités techniques et de ses représentants et conserve à usage interne, aux fins d'administration des bourses d'études, des données sur la qualité des établissements et des programmes de formation, de même que les opinions des boursiers telles qu'elles ressortent du rapport final ou d'enquêtes spéciales (Région du Pacifique occidental). L'un des critères essentiels pour l'évaluation des programmes est l'intérêt de ceux-ci eu égard à la stratégie de la santé pour tous et aux priorités sanitaires nationales dans une Région donnée; le coût de la formation est également devenu une considération importante.

8. Mais l'évaluation n'est que la première étape d'un processus plus large dont le but ultime consiste à accroître la pertinence et la qualité des activités éducatives et des établissements d'enseignement. Les efforts de réorientation de l'enseignement médical sont un exemple notoire de cette approche adoptée conjointement par les bureaux régionaux et par le Siège.

## **PLANIFICATION ET EVALUATION DE LA POLITIQUE**

### **Adapter les bourses d'études aux plans nationaux et aux objectifs de l'OMS**

9. Les priorités du développement sanitaire national et, en particulier, les plans de mise en valeur des ressources humaines sont des préalables à une prise de décision rationnelle en matière de bourses d'études. Si, dans plusieurs Régions, des plans officiels ne sont pas toujours disponibles,<sup>1</sup> il existe généralement d'autres mécanismes pour la fixation des priorités applicables aux études dans le domaine des sciences de la santé et des sciences connexes. L'OMS a recours à diverses méthodes pour favoriser ces mécanismes. Dans la Région africaine, les pays ont été invités à élaborer des plans de développement des ressources humaines pour 1998-1999, y compris pour les bourses d'études. Dans la Région des Amériques, les représentants dans les pays ont des échanges réguliers avec les autorités nationales à travers un processus annuel de programmation-budgétisation visant à déterminer les priorités du développement des ressources humaines. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, un guide pour la formulation et l'analyse des politiques en matière de développement des ressources humaines a été largement distribué en 1996, et la quatrième consultation régionale sur la politique et l'évaluation des bourses d'études s'est tenue en août 1996 en présence de délégués de tous les Etats Membres de la Région. De nouvelles modalités de mise en oeuvre des bourses d'études ont été introduites dans plusieurs pays. L'Indonésie a institué un programme national des bourses d'études coordonné par un conseil national. Le Bangladesh et le Népal ont modifié leur approche de la planification et de la mise en oeuvre des programmes de bourses d'études en vue de mieux adapter cette politique aux priorités sanitaires nationales. Le Comité régional de l'Asie du Sud-Est a entériné en septembre 1997 un recours accru aux moyens de formation régionaux et nationaux. Dans la Région européenne, la plupart des nouveaux Etats indépendants et des autres pays d'Europe orientale se sont dotés de plans nationaux, mais la plupart du temps les bourses d'études n'y ont pas encore été intégrées. Dans la

---

<sup>1</sup> Les efforts déployés par l'OMS au niveau régional et au Siège pour aider les pays en matière de planification devraient permettre de modifier cette situation.

---

Région de la Méditerranée orientale, les bourses d'études font partie intégrante des plans d'action nationaux négociés au cours des missions conjointes d'examen des programmes. Dans la Région du Pacifique occidental, les bourses d'études sont liées au cadre politique des nouvelles perspectives en matière de santé. Dans toutes les Régions, le processus de sélection interne prend particulièrement en considération la compatibilité des demandes de bourses avec les objectifs de l'OMS et les plans d'action approuvés.

### **Suivi de la politique : application de l'“instrument d'évaluation” au niveau des pays**

10. Comme l'avait demandé le Conseil exécutif en janvier 1997, l'instrument a été introduit et des questionnaires ont été envoyés aux Etats Membres en milieu d'année, après avoir été traduits de l'anglais en arabe, espagnol, français, portugais et russe. L'utilisation de cet instrument devrait améliorer tous les aspects du programme des bourses d'études et inciter à revoir la planification du développement des ressources humaines au niveau national. Dans la Région des Amériques, les résultats de l'évaluation, y compris les points ayant trait à la qualité du travail de l'OMS et des établissements de formation, seront communiqués aux pays et des stratégies seront mises au point afin de remédier aux lacunes. Etant donné que l'instrument sera utilisé pour assurer un suivi à intervalles réguliers, il devrait déboucher à moyen ou à long terme sur l'élaboration de plans de santé nationaux qui reflètent mieux les priorités de la formation, sur le renforcement des comités nationaux de sélection des boursiers et sur une amélioration du rôle consultatif dévolu à l'OMS.

## VII. STRATEGIE PHARMACEUTIQUE REVISEE

1. Les éléments clefs de la stratégie pharmaceutique révisée ont été mis en oeuvre dans plus de 120 pays. La réalisation des objectifs de la stratégie nécessite des efforts continus. La Division de la Gestion et des Politiques pharmaceutiques (DMP) élabore, fixe et soutient des normes internationales pour la sécurité, la qualité, l'efficacité des produits biologiques et pharmaceutiques et elle diffuse des informations sur la réglementation pharmaceutique. Le Programme d'Action pour les Médicaments essentiels (DAP) soutient activement les pays dans la mise en oeuvre de politiques et de programmes qui permettent d'atteindre les objectifs de la stratégie pharmaceutique révisée. En 1997, un nouveau plan opérationnel pour la structure des programmes qui privilégie l'efficacité de la mise au point des programmes dans les pays a été adopté. Ce plan distingue aussi cinq domaines pour l'élaboration des politiques et le développement technique : politiques pharmaceutiques nationales, économie de la santé et financement des médicaments, stratégies de gestion et d'approvisionnement pharmaceutiques, usage rationnel, et capacité de régulation et d'assurance de la qualité. La collaboration avec les pays est facilitée par les programmes et les conseillers pour les médicaments essentiels et les produits pharmaceutiques en place dans chacune des six Régions de l'OMS. Des éléments de la stratégie pharmaceutique révisée sont aussi mis en oeuvre par d'autres programmes OMS de promotion de la santé et de lutte contre la maladie.

2. Plus de 70 pays sont dotés **d'une politique pharmaceutique nationale** basée sur le concept des médicaments essentiels dans le contexte de la politique de santé nationale. Il est désormais largement reconnu que les politiques pharmaceutiques nationales jouent un rôle de liaison essentiel en répondant à des besoins de santé réels par le développement du secteur pharmaceutique. La création d'entrepôts médicaux centraux autonomes et d'autres dispositifs d'approvisionnement novateurs ont amélioré la disponibilité des médicaments dans certains Etats Membres, notamment en Afrique. Les Etats Membres ont reçu un soutien accru pour la mise en oeuvre de stratégies de financement pharmaceutique appropriées. L'usage rationnel des médicaments a retenu l'attention avec la révision des programmes d'études pour la formation de base, l'éducation continue et le développement des ressources humaines.

3. L'OMS a travaillé avec les Etats Membres à l'amélioration **de la coordination et de l'harmonisation de leurs stratégies nationales** dans le domaine pharmaceutique. A cette fin, l'Organisation a parrainé en 1996 la Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique à Manama (Bahreïn), et des réunions régionales et infrarégionales pour les agents chargés de la réglementation, les administrateurs des médicaments essentiels et les décideurs ont eu lieu dans chacune des Régions de l'OMS. L'OMS a en outre rédigé des matériels tels que les directives OMS pour l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales, un manuel pratique sur les indicateurs pour la surveillance de ces politiques, des études connexes comparées et des publications sur des aspects apparentés de la réforme du secteur de la santé. Les directives émanant de la Conférence internationale sur l'harmonisation ont été distribuées aux Etats Membres.

4. L'OMS a activement encouragé la sensibilisation **aux critères éthiques de l'OMS pour la promotion des produits médicinaux**. Une "table ronde" d'Etats Membres et de parties intéressées a été organisée pour aider à élaborer une stratégie de l'OMS pour l'examen et l'évaluation de l'efficacité des critères éthiques. La stratégie de l'OMS qui en est résultée appelle l'attention sur la subsistance de procédés de promotion pharmaceutique contraires à l'éthique. Elle définit des stratégies qui auront un impact accru grâce à une collaboration intersectorielle et internationale, une réglementation plus ferme, des codes d'autorégulation et des mesures devant permettre aux consommateurs et aux professionnels de la santé de procéder à une évaluation critique de la promotion des produits pharmaceutiques.

5. **Le système OMS de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international**, encore approuvé par la résolution WHA50.3, continue d'être soutenu par les autorités de réglementation pharmaceutique, les services publics d'approvisionnement pharmaceutique et ceux des ONG et l'industrie pharmaceutique. Quelque 140 Etats Membres sont actuellement signataires du système.

6. Aux termes de consultations menées à l'échelle mondiale, **des directives pour les dons de médicaments** ont été publiées en 1996 sous la forme d'un document interinstitutions approuvé par l'OMS, l'UNICEF, le Haut

Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés et cinq autres organisations internationales. Ces directives ont été largement distribuées en anglais, en français et en espagnol. L'Australie, l'Italie, la Norvège, le Zimbabwe et d'autres Etats Membres disposent maintenant de directives nationales pour les dons de médicaments, qui sont basées sur ces directives interinstitutions.

7. L'accès est lié dans une large mesure **au prix** raisonnable des médicaments essentiels et des matières premières de bonne qualité. L'OMS, en consultation avec les parties intéressées, a entrepris une étude sur les prix et les sources d'information sur les prix des médicaments essentiels. La Région africaine a déjà mis sur pied un service pilote pour l'échange d'informations sur les prix au niveau régional. L'OMS continue de veiller à ce que des informations sur les prix des matières premières pour les médicaments essentiels soient diffusées régulièrement. Elle a aussi fait le point des politiques des prix dans les Amériques et en Europe et elle prépare une analyse mondiale résumée.

8. **La réglementation pharmaceutique et l'assurance de la qualité** bénéficient d'une attention accrue du fait de l'accent mis de plus en plus sur l'efficacité de la réglementation pharmaceutique et la poursuite des travaux sur les normes pharmaceutiques. Les réseaux de réglementation, l'échange d'informations, l'enregistrement des médicaments assisté par ordinateur, les réunions pour l'harmonisation des mesures et les autres initiatives interpays et/ou internes aux pays ont bénéficié d'un soutien dans chacune des six Régions de l'OMS. Pendant le seul exercice 1996-1997, un soutien pour la réglementation et l'assurance de la qualité a été fourni à environ 40 Etats Membres. Des spécifications pour le contrôle de la qualité des substances et des produits pharmaceutiques figurant sur la liste modèle des médicaments essentiels sont continuellement élaborées et publiées dans la Pharmacopée internationale (en anglais, en français et en espagnol) et les "Tests simplifiés pour les préparations pharmaceutiques" sont publiés (en anglais, en français, en espagnol, en arabe et en chinois). Les Directives de l'OMS pour les bonnes pratiques de fabrication ont été complétées par des recommandations concernant l'inspection des sites de fabrication, les canaux de distribution et les directives pour la création d'un laboratoire de contrôle de la qualité. L'OMS continue d'attribuer et de publier des listes de dénominations communes internationales pour les nouvelles substances pharmaceutiques; elle a mis au point un projet pour combattre les contrefaçons, et les directives correspondantes sont sur le point d'être achevées. Le nombre des pays qui participent au système international de surveillance de l'innocuité des médicaments est passé à 47. Plusieurs pays en développement, notamment en Amérique latine, en Asie du Sud-Est et dans la Méditerranée orientale, ont reçu une aide pour la création de systèmes de surveillance de l'innocuité des médicaments.

9. L'OMS continue d'élaborer et de diffuser **des informations sur les produits pharmaceutiques**. La neuvième liste modèle OMS des médicaments essentiels a été publiée en 1997. Des fiches modèles d'information à l'usage des prescripteurs ont été publiées pour le VIH et les infections connexes et pour les médicaments employés en dermatologie. Les travaux sont en cours pour le formulaire modèle OMS des médicaments essentiels. Les *Informations pharmaceutiques OMS*, publiées chaque trimestre, et les *Nouvelles pharmaceutiques*, lettre mensuelle de l'OMS sur les produits pharmaceutiques, donnent des renseignements courants sur la mise au point des médicaments, la réglementation pharmaceutique et les décisions prises en matière de réglementation pharmaceutique.

10. La collecte d'informations auprès des Etats Membres sur les politiques relatives à la mise au point **des médicaments pour les maladies rares et les maladies tropicales** se poursuit. Un groupe de travail réunissant tous les grands programmes OMS intéressés par les nouveaux médicaments a défini des stratégies par lesquelles l'OMS peut promouvoir la mise au point de nouveaux médicaments et l'accès à ces médicaments.

11. L'OMS a entrepris des travaux pour recenser les aspects **des accords de l'OMC** intéressant les politiques pharmaceutiques et l'accès aux médicaments essentiels; pour renforcer sa collaboration avec l'OMC; pour comparer les accords de l'OMC et les exigences techniques et les directives de l'OMS sur les produits pharmaceutiques et biologiques; pour évaluer l'effet de la "mondialisation" sur les objectifs des politiques pharmaceutiques nationales; pour conseiller les Etats Membres sur les mesures visant à protéger la santé publique dans la mise en oeuvre des nouveaux accords commerciaux; et, enfin, pour sensibiliser les pays à l'importance des accords de commerce internationaux pour la santé publique.





## **VIII. PUBLICITE, PROMOTION ET VENTE TRANSFRONTIERES DE PRODUITS MEDICAUX PAR INTERNET**

1. En application de la résolution WHA50.4, le Directeur général a convoqué à Genève, du 3 au 5 septembre 1997, un groupe de travail spécial.<sup>1</sup>

2. Le groupe de travail spécial a examiné les répercussions de la résolution WHA50.4 et formulé les recommandations suivantes :

### **1) Les Etats Membres devraient :**

- passer en revue la législation, la réglementation et les directives existantes afin de vérifier qu'elles sont adaptées et applicables aux questions relatives à la publicité, à la promotion et à la vente transfrontières de produits médicaux par Internet;
- élaborer, évaluer et mettre en oeuvre des stratégies afin de surveiller la situation et de faire respecter la réglementation en ce qui concerne la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet. Le cas échéant, des mesures d'exécution devront être prises et, sauf cas exceptionnel, largement diffusées;
- collaborer avec les autres Etats Membres pour toutes les questions soulevées par Internet et désigner des points de contact appropriés, et diffuser ces informations également, par l'intermédiaire de l'OMS, à tous les Etats Membres;
- communiquer à l'OMS, aux Etats Membres et au grand public, le cas échéant, des informations sur les cas et les aspects litigieux de la publicité, de la promotion et de la vente transfrontières de produits médicaux par Internet;
- créer, chaque fois que possible, des sites web afin de diffuser des informations sur les produits médicaux et sur la réglementation;
- mettre en place et/ou maintenir des mécanismes pour répondre aux demandes d'information du public;
- faire comprendre au grand public qu'Internet est un nouveau moyen puissant d'information sanitaire et apprendre aux professionnels de la santé et aux consommateurs à l'utiliser; cette éducation devrait leur permettre d'apprécier, dans la mesure du possible, les avantages et les risques des produits et d'éviter les effets préjudiciables d'une information fausse ou trompeuse sur les produits médicaux;
- pour ce qui est de l'information, de la promotion ou de la publicité par Internet concernant des produits médicaux, les Etats Membres devraient encourager l'élaboration et l'application d'un code de conduite volontaire applicable à toutes les organisations diffusant des informations sur Internet; il permettrait, par exemple, d'identifier la source d'information et sa nature (publicité, description du produit, notice d'information à l'intention du patient), et d'instituer un système d'autoréglementation qui s'appuie, si nécessaire, sur des textes législatifs; le respect des critères éthiques de l'OMS applicables à la promotion des médicaments devrait être encouragé;

---

<sup>1</sup> Membres : le Dr G. Thiers, Directeur de l'Institut de Santé publique Louis Pasteur, Bruxelles, Belgique (Président), le Dr Mariatou Tala Jallow, National Pharmaceutical Services, Banjul, Gambie (Vice-Président), le Dr S. Nightingale, Associate Commissioner, Food and Drug Administration des Etats-Unis d'Amérique, Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique (Rapporteur) et le Dr J. E. Idänpään-Heikkilä, Directeur de la Division de la Gestion et des Politiques pharmaceutiques, et le Dr M. Ten Ham, Sécurité des Médicaments (Cosecrétaires).

- enfin, collaborer avec les autres Etats Membres afin de mettre en place des mesures appropriées pour lutter contre la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet dans les pays où celles-ci sont illégales; il faudrait si possible mettre en place un système organisé d'autorisation de toutes les entités engagées dans la vente de produits médicaux.

**2) L'industrie pharmaceutique, les professionnels de la santé, les associations de consommateurs et les autres parties intéressées devraient :**

- apprendre à leurs membres à se servir efficacement d'Internet;
- encourager leurs membres, le cas échéant, à promouvoir l'élaboration et l'utilisation d'un guide de bonnes pratiques d'information, conformes s'il y a lieu aux principes énoncés dans les critères éthiques de l'OMS applicables à la promotion des médicaments; et
- suivre de près et signaler les cas et aspects litigieux relatifs à la publicité, à la promotion et à la vente transfrontières de produits médicaux par Internet.

**3) Le Directeur général devrait :**

- encourager la communauté internationale à élaborer des principes directeurs en matière d'autoréglementation pour favoriser de bonnes pratiques d'information conformes aux principes énoncés dans les critères éthiques de l'OMS applicables à la promotion des médicaments;
- élaborer un guide type que les Etats Membres puissent utiliser pour apprendre aux gens à se servir d'Internet et à obtenir des informations sur les produits médicaux par Internet;
- collaborer avec d'autres organisations internationales et institutions compétentes en ce qui concerne la question des produits médicaux sur Internet;
- inviter les Etats Membres à créer des mécanismes, ou à renforcer ceux qui existent, afin de surveiller et de contrôler si nécessaire la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet, et fournir une assistance technique le cas échéant;
- prier les Etats Membres de prendre des dispositions réglementaires nécessaires pour sanctionner les violations des lois nationales applicables à la publicité, à la promotion et à la vente de produits médicaux par Internet;
- encourager les Etats Membres et les organisations non gouvernementales intéressées à signaler à l'OMS les cas et aspects litigieux de la publicité, de la promotion et de la vente transfrontières de produits médicaux par Internet; et
- signaler les cas litigieux et les sujets de préoccupation, selon les besoins, aux Etats Membres.

3. Le groupe de travail spécial a par ailleurs recommandé au Conseil d'adopter le projet de résolution contenu à la section XIV du présent document.

## IX. CONSEQUENCES ETHIQUES, SCIENTIFIQUES ET SOCIALES DU CLONAGE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE HUMAINE

1. A la suite du débat sur le clonage qui a eu lieu lors de la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1997 et conformément à la résolution WHA50.37, le Directeur général a chargé un groupe interne de renforcer la coordination des activités et les échanges d'informations sur toutes les questions concernant l'éthique et la santé, y compris "les conséquences éthiques, scientifiques et sociales du clonage dans le domaine de la santé humaine". Le groupe d'orientation sur l'éthique et la santé rassemble des membres des différents programmes techniques de l'OMS, et des agents de coordination ont été désignés dans les six bureaux régionaux, au Siège et au Centre international de Recherche sur le Cancer à Lyon.

2. Lors de sa discussion sur le clonage, en mai 1997, l'Assemblée de la Santé a exprimé le souhait que le Directeur général crée un comité mondial d'experts chargé des questions concernant le clonage. Pour préparer le travail de ce comité, l'OMS a fait en sorte que des réunions se tiennent dans les différents secteurs de programme avant la fin de 1997 afin que soient précisés les domaines de la santé humaine concernés par la question du clonage et les problèmes éthiques et sociaux en jeu dans chacun de ces domaines. On a veillé à obtenir la participation d'experts de différentes disciplines et contextes culturels, ainsi que des instituts nationaux de recherche et des organisations internationales intéressés. Des mesures sont prises pour que les Régions de l'OMS aient la possibilité de participer pleinement aux travaux du comité mondial d'experts et à leurs préparatifs.

3. Un rapport sur les activités suivantes sera présenté au Conseil à sa cent unième session (document EB101/INF.DOC./3) :

1) **Santé reproductive.** Le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine a convoqué à Genève, du 22 au 24 octobre 1997, une réunion de son groupe d'examen scientifique et éthique. Celui-ci a tenu le dernier jour, avec l'appui du fonds du Directeur général pour le développement, une séance extraordinaire entièrement consacrée au clonage qui a été marquée par une forte participation des pays en développement et par le souci de respecter la diversité culturelle et religieuse. Il s'agissait de passer en revue et d'analyser les réactions et les attitudes suscitées partout dans le monde par l'utilisation éventuelle du clonage dans le domaine de la santé reproductive, de préciser les terrains d'entente pour les questions éthiques et politiques en jeu et de déterminer si des lignes directrices, des règlements ou des textes de loi s'imposent à l'échelon international.

2) **Xénotransplantation.** Egalement avec l'aide du fonds du Directeur général pour le développement, la Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles a organisé à Genève, du 28 au 30 octobre 1997, une réunion qui a fait le point de l'état actuel des recherches et de la technologie dans le domaine des xénogreffes, compte tenu en particulier de la prévention des maladies infectieuses et des problèmes éthiques qui se posent à ce sujet. Les participants ont examiné des questions telles que la production et l'élevage des animaux "prélevés", l'utilisation et les implications des techniques du génie génétique, dont le clonage, les attitudes de la société et des receveurs, les droits de l'homme et les cadres politiques et réglementaires nécessaires. Cette réunion faisait suite à la deuxième session du groupe spécial sur la transplantation d'organes (Annecy, France, 9-10 octobre 1997), tenue à l'initiative du Bureau de la Coordination des Politiques et des Stratégies de Recherche avec le soutien du centre collaborateur Mérieux. A sa première session, en octobre 1996, le groupe spécial avait recommandé que soient poursuivies les recherches et les travaux de surveillance sur les xénogreffes, également inscrites à l'ordre du jour de sa deuxième session.

3) **Produits biologiques.** Le Comité OMS d'experts de la Standardisation biologique s'est réuni à Genève du 27 au 31 octobre 1997 afin d'examiner entre autres l'utilisation de souris transgéniques pour le contrôle de la qualité du vaccin antipoliomyélique oral.

4) **Anomalies génétiques et héréditaires.** Avec le soutien du fonds du Directeur général pour le développement, l'OMS convoque à Genève, les 15 et 16 décembre 1997, une réunion chargée de revoir ses principes directeurs sur les questions éthiques en génétique médicale. En association et immédiatement après la Conférence de l'UNESCO sur la bioéthique, tenue en Asie (Kobe, Japon, 4-8 novembre 1997), l'OMS coparraine également un symposium international qui, organisé à Fukui, Japon, le 8 novembre 1997, sera consacré aux tendances de la génétique médicale et de la bioéthique dans différents contextes culturels, juridiques et institutionnels.

5) **Recherche et participation régionale au débat éthique.** Le Comité consultatif mondial de la Recherche en Santé s'est réuni à Genève du 21 au 24 octobre 1997. Conformément au rapport soumis par le Directeur général à l'Assemblée de la Santé,<sup>1</sup> le Comité consultatif a examiné les moyens d'aider à recueillir et à diffuser des informations et d'encourager un débat public sur les conséquences éthiques, scientifiques et sociales du clonage, en particulier à l'échelon régional et sous-régional.

4. Le Directeur général a également demandé aux bureaux régionaux de participer à la collecte d'informations sur les initiatives prises par les Etats Membres pour évaluer les utilisations et les implications potentielles du clonage. Parmi les données recueillies jusqu'ici, figurent les rapports de situation de comités nationaux d'éthique, d'organismes internationaux et d'organes religieux. Les réponses communiquées par l'OPS et les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale insistent sur la nécessité d'être prudent et rationnel dans l'évaluation des avantages potentiels du clonage à des fins médicales. Elles soulignent l'importance des valeurs culturelles, religieuses et sociales et les implications potentielles du clonage dans le droit civil. Les trois insistent aussi sur la nécessité de créer des comités d'éthique et de promouvoir dans les pays des activités d'éducation sur l'éthique. La nécessité de protéger les pays en développement contre le risque de recherches étrangères non réglementées sur des sujets humains a également été évoquée.

---

<sup>1</sup> Document A50/30, paragraphes 7 et 17.

## X. PROMOTION DE LA SANTE

1. La Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé s'est tenue à Jakarta, Indonésie, du 21 au 25 juillet 1997 sur le thème "A ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle". La première à avoir lieu dans un pays en développement avec des participants dont plus de la moitié venaient de pays en développement, cette Conférence faisait suite à la Première Conférence internationale sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986), qui a adopté la Charte d'Ottawa sur les mesures à prendre à l'échelon national et international, ainsi qu'aux Deuxième et Troisième Conférences internationales sur la promotion de la santé qui, tenues respectivement en Australie (Adélaïde, 1988) et en Suède (Sundsvall, 1991), ont abouti à l'adoption des recommandations d'Adélaïde sur les politiques pour la santé et de la Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé. Cette Quatrième Conférence internationale, convoquée vingt ans après que l'OMS ait signifié son engagement en faveur de la santé pour tous et des soins de santé primaires à Alma-Ata, a contribué à la mise en oeuvre de la résolution WHA42.44 sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a reconnu que "la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé" était "fidèle à l'esprit d'Alma-Ata" et qu'"une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables" était la première des huit composantes essentielles des soins de santé primaires.

2. Cette Conférence, qui avait pour toile de fond les grands changements intervenus dans le monde depuis la Conférence d'Ottawa en 1986, avait trois objectifs :

- analyser et évaluer l'impact de la promotion de la santé;
- définir des stratégies novatrices garantes du succès des activités de promotion de la santé;
- faciliter l'instauration de "partenariats" pour la promotion de la santé face aux enjeux mondiaux dans le domaine de la santé.

3. Les participants à la Conférence, qui a été ouverte par le Président de l'Indonésie, ont non seulement approuvé la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, mais également confirmé l'importance de la promotion de la santé pour les pays en développement comme pour les pays développés, la plaçant sans hésiter au "centre du développement sanitaire".

4. La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle confirme les résultats de l'étude et de l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé. Elle affirme que la promotion de la santé est un moyen concret d'instaurer davantage d'équité en matière de santé, et que les cinq stratégies définies dans la Charte d'Ottawa sont essentielles à cet égard. Elle précise qu'il est désormais manifeste que les approches globales du développement sanitaire sont les plus efficaces et que certains cadres offrent des possibilités concrètes pour la mise en oeuvre de telles stratégies globales.

5. La Déclaration témoigne du ferme engagement pris par les participants de construire des partenariats et expose l'éventail des ressources qui seront nécessaires pour s'attaquer aux problèmes mondiaux de santé au XXI<sup>e</sup> siècle. Elle souligne la nécessité de développer les partenariats avec les universités, le secteur privé et les industries des loisirs et appelle à accroître les investissements en faveur de la santé, à donner aux individus et au public les moyens d'agir, à confier à la société une responsabilité accrue dans le domaine de la santé et à consolider les infrastructures pour la promotion de la santé.

6. Les auteurs de la Déclaration demandent à l'OMS de prendre l'initiative de créer une alliance mondiale en faveur de la promotion de la santé et de donner à ses Etats Membres les moyens de mettre en oeuvre les conclusions de la Conférence afin d'engager les gouvernements, les organisations du système des Nations Unies, les organismes interrégionaux, les banques de développement, les organismes bilatéraux, les organisations non

gouvernementales, les syndicats et les associations de travailleurs, ainsi que le secteur privé, à promouvoir les priorités de l'action en faveur de la promotion de la santé.

7. Outre la Déclaration de Jakarta, les symposiums sur les partenariats qui ont eu lieu dans le cadre de la Conférence ont donné lieu à des déclarations sur la santé scolaire, le vieillissement et la santé, les "villes-santé" et les "lieux de travail-santé". Dans une déclaration dont il a été donné lecture lors de la dernière séance plénière, les représentants de sociétés et de groupes du secteur privé se sont engagés à collaborer avec l'OMS. La Déclaration de Jakarta a été adoptée à l'unanimité par acclamation; la Conférence a donné l'impulsion nécessaire et fixé les orientations à suivre pour "adapter la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle".

## XI. LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

1. Le présent rapport est soumis en application de la résolution WHA33.32, de l'article 11, paragraphe 7, du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions EB97.R13 et WHA49.15 concernant la communication de données sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes.

### MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE

2. Alors que le but fixé pour la fin de la décennie était de ramener le taux de malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de cinq ans à la moitié des taux de 1990, la prévalence mondiale de la malnutrition protéino-énergétique est passée seulement de 28,5 % (177,6 millions) en 1990 à 27,4 % (167,9 millions) en 1995 et a même augmenté dans certains pays d'Afrique. La malnutrition maternelle reste un déterminant majeur des quelque 30 millions (23,8 %) de naissances annuelles de bébés mal nourris présentant un retard de croissance intra-utérine.<sup>1</sup> La malnutrition protéino-énergétique résulte essentiellement de facteurs liés à la pauvreté, par exemple l'insuffisance ou l'irrégularité des approvisionnements alimentaires, les infections et les infestations, l'absence de soins de santé, des modes d'alimentation inadéquats, l'analphabétisme et les urgences nutritionnelles.

3. L'action de l'OMS dans ce domaine consiste d'une part à intensifier son soutien technique et financier aux Etats Membres, en particulier à ceux dans lesquels les taux de malnutrition sont élevés, et d'autre part à établir et diffuser aussi largement que possible des principes directeurs, des normes, des critères et des méthodes scientifiquement valables. Jusqu'à présent, 132 Etats Membres (69 %) ont renforcé leurs plans et programmes nationaux sur la nutrition en fonction des buts fixés pour la décennie et des stratégies d'orientation établies à la suite de la Déclaration mondiale et du plan d'action pour la nutrition,<sup>2</sup> réaffirmant ainsi leur engagement.

4. Etant donné l'importance que revêtent la surveillance de la croissance chez les nourrissons et les jeunes enfants et l'évaluation de la malnutrition à l'échelon communautaire et national, l'OMS a également entrepris dans plusieurs centres une étude de quatre ans dans le but d'établir de nouvelles courbes de croissance internationalement représentatives à partir des courbes de croissance de nourrissons et de jeunes enfants bien portants ayant été nourris au sein. Les courbes de croissance actuelles du United States National Center for Health Statistics et de l'OMS, qui reflètent essentiellement la croissance de nourrissons blancs de la classe moyenne nourris au biberon dans les années 60, présentent trop de défauts et doivent être remplacées d'urgence. De nombreux pays souhaitent participer à cette étude et l'on recherche des fonds pour accroître la participation des pays en développement. Les opérations de collecte des données ont déjà débuté au Brésil.

### L'OBESITE CHEZ LES ENFANTS

5. Alors que des millions d'individus sont sous-alimentés, on assiste à une épidémie d'obésité chez les enfants et les adultes, en particulier dans les pays industrialisés, mais aussi dans les pays en développement dont l'économie croît rapidement. On estime à 22 millions le nombre des enfants de moins de cinq ans dont le poids

<sup>1</sup> de Onis, M., Blössner, M. & Villar, J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries (Niveaux et tendances du retard de croissance intra-utérine dans les pays en développement). *European Journal of Clinical Nutrition*, novembre 1997. Dans ce contexte, le retard de croissance intra-utérine implique un poids inférieur au dixième percentile du poids de naissance pour la durée de la gestation dans la courbe de référence.

<sup>2</sup> Voir le rapport intérimaire FAO/OMS sur la mise en oeuvre de la Déclaration mondiale et du plan d'action de la Conférence internationale sur la nutrition, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Rome, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1996.

est excessif (>2 écarts types au-dessus du poids médian de référence pour la taille). L'obésité dans l'enfance est un facteur de risque majeur pour l'obésité à l'âge adulte, qui concerne quelque 286 millions de personnes. L'obésité est un facteur important d'exposition à de nombreux cas de maladie et de décès par affections cardiovasculaires, hypertension, infarctus, diabète (type 2), cancer, maladies du foie, maladies de la vésicule biliaire et accidents. L'OMS a organisé une consultation sur l'obésité<sup>1</sup> et, compte tenu de l'ampleur du problème, il est urgent de procéder à la notification régulière mondiale des cas d'obésité et de mettre en place des stratégies nationales efficaces de nutrition.

## MALNUTRITION EN MICRONUTRIMENTS

6. Beaucoup de pays ont fait des progrès sensibles vers la mise en place de programmes d'iodation du sel et dans la lutte contre les **troubles dus à une carence en iode**, mais la carence en iode reste tout de même la première cause unique, dans le monde, des lésions cérébrales évitables chez le fœtus, le nourrisson et le jeune enfant. On estime à plus de 911 millions le nombre des personnes de tous les âges qui ont un goitre. Néanmoins, sur les 118 pays où les troubles dus à une carence en iode présentaient un problème de santé publique en 1990, 83 ont actuellement des programmes d'iodation du sel. Un rapport complet sur ce sujet sera présenté à l'Assemblée de la Santé en 1999.

7. Bien qu'en diminution, la **carence en vitamine A** touche encore quelque 256 millions d'enfants, dont 2,8 millions sont atteints de déficience visuelle (xérophtalmie), le reste étant exposé à un risque accru d'infection et de décès. De même, la **carence en fer** et l'**anémie** touchent encore quelque 340 millions d'enfants et, dans les pays en développement, environ 58 % des femmes enceintes et 31 % des enfants de moins de cinq ans souffrent d'anémie. L'OMS, l'UNICEF, la FAO, l'ONUSIDA, le Comité interaméricain de Développement agricole et d'autres organismes internationaux et bilatéraux de développement soutiennent des activités sur les micronutriments dans beaucoup des 76 pays où l'avitaminose A continue de poser un problème de santé publique. Les activités visent essentiellement à élaborer des programmes nationaux et communautaires efficaces reposant sur la promotion de l'allaitement au sein, la lutte contre les infections, la diversification des régimes alimentaires ainsi que l'enrichissement et la supplémentation des aliments.<sup>2</sup>

## PROMOTION DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

8. Le mépris dans lequel a longtemps été tenu, dans certains milieux, le droit de nourrir son enfant au sein et des influences commerciales, sur les marchés ou dans les systèmes de santé et parmi les professionnels de la santé, se conjuguent pour décourager l'allaitement au sein. Dans le monde, 35 % des nourrissons seulement sont nourris exclusivement au sein à un moment quelconque entre la naissance et leur quatrième mois d'après la banque mondiale de données de l'OMS sur l'allaitement au sein qui couvre 94 pays et 65 % de la population mondiale de nourrissons. La prévalence de l'allaitement au sein a certes augmenté dans quelques pays mais, dans d'autres, l'alimentation des nourrissons reste souvent inadéquate, avec le déclin de l'allaitement au sein et l'introduction trop précoce (dans les pays développés et en développement) ou trop tardive (dans les pays en développement) d'aliments de complément souvent contaminés. Il en résulte des taux élevés de malnutrition, de morbidité et de mortalité.

---

<sup>1</sup> *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Rapport de la consultation de l'OMS sur l'obésité, Genève, 3-5 juin 1997 (document non publié WHO/NUT/NCD/97.2).

<sup>2</sup> Voir à cet égard *Supplémentation en vitamine A : utilisation des suppléments dans le traitement et la prévention de la carence en vitamine A et de la xérophtalmie*. Deuxième édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997; *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. Document non publié WHO/NUT/96.14; et *Iron deficiency: indicators for assessment and strategies for prevention* (sous presse).



9. La surveillance des progrès accomplis vers les objectifs opérationnels de la Déclaration d’Innocenti<sup>1</sup> montre que 122 Etats Membres ont maintenant créé des comités sur l’allaitement maternel (bien que tous ne soient pas considérés comme dotés de pouvoirs appropriés ou multisectoriels), que 118 Etats Membres font bénéficier au moins quelques mères de congés de maternité d’au moins 12 semaines et que l’initiative des hôpitaux “amis des bébés” est maintenant appliquée dans 171 pays, le nombre des hôpitaux considérés comme “amis des bébés” selon les critères de l’OMS et de l’UNICEF étant passé d’environ 4300 en 1995 à 8000 en 1996 et à près de 11 000 à la fin de 1997.

## PROGRES DE LA MISE EN OEUVRE DU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

10. Depuis l’adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981, 158 Etats Membres (soit 83 %) ont fait part à l’OMS des mesures qu’ils prennent pour donner effet au Code. Depuis le dernier rapport du Directeur général à ce sujet (1996), l’OMS a reçu des données nouvelles de 30 Etats Membres sur les mesures, essentiellement d’ordre législatif, prises pour donner effet au Code en partie ou dans sa totalité. Sur ces pays, sept (noms en italiques) ont communiqué des données pour la première fois : **Afrique** : Botswana, Madagascar, *Mauritanie*, Mozambique, *Namibie*, *Seychelles*, Togo et Zimbabwe; **Amériques** : Belize, Honduras, Nicaragua et Trinité-et-Tobago; **Asie du Sud-Est** : Bangladesh et Inde; **Europe** : Autriche, Pologne et Suède; **Méditerranée orientale** : Arabie saoudite, Chypre, Djibouti et Iran (République islamique d’); **Pacifique occidental** : Australie, *Cambodge*, Chine, *Iles Marshall*, Nouvelle-Zélande, *Nioué*, *Palaos*, Singapour et Tonga.

11. Les gouvernements jouent un rôle plus actif dans la mise en oeuvre et la surveillance des mesures prises pour donner effet au Code. De plus, ils enquêtent sur les allégations portées à leur attention conformément aux articles 11.2 et 11.4 du Code par des organisations non gouvernementales et d’autres organismes, selon lesquelles des fabricants et des distributeurs visés par le Code ne respecteraient pas ses dispositions. L’OMS a préparé à l’intention des Etats Membres un cadre directeur<sup>2</sup> qui devrait faciliter l’examen et l’évaluation des mesures prises pour donner effet au Code international.

## LA NUTRITION DANS LES SITUATIONS D’URGENCE

12. Depuis le dernier quart de siècle, tous les ans, 150 millions de personnes au moins ont souffert d’une situation d’urgence, et on peut actuellement inclure dans ce chiffre quelque 26 millions de réfugiés et de personnes déplacées. Ces populations présentent des taux élevés de malnutrition, notamment de malnutrition protéino-énergétique, ainsi que de carences en vitamine A et en fer, et présentent aussi parfois des cas de béribéri, de scorbut et de pellagre, avec pour conséquences des taux élevés de mortalité et d’incapacités. L’OMS poursuit une collaboration technique active avec le HCR et le PAM en vue d’évaluer, de réduire et de prévenir la malnutrition. Une version révisée des principes directeurs<sup>3</sup> à suivre pour garantir l’alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d’urgence a été établie, et des manuels concernant la gestion

<sup>1</sup> La Déclaration d’Innocenti sur la protection, l’encouragement et le soutien de l’allaitement maternel (1990) a fixé quatre objectifs opérationnels à tous les pays : désigner un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l’allaitement maternel; faire en sorte que toutes les maternités soient “amies des bébés”; prendre des mesures pour mettre en oeuvre les principes et l’objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel; et promulguer des lois protégeant le droit des femmes qui travaillent d’allaiter leur enfant.

<sup>2</sup> *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: a common review and evaluation framework.* Document WHO/NUT/96.2. Disponible en anglais; versions arabe, française et russe en préparation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.

<sup>3</sup> *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies.* Version révisée, document non publié WHO/NUT/97.3.

de la nutrition dans les urgences majeures<sup>1</sup> ainsi que le traitement et la prise en charge de la malnutrition grave<sup>2</sup> sont également sur le point d'être publiés. Des études sur le traitement du scorbut, du béribéri et de la pellagre sont également en préparation. A la suite d'un atelier interpays sur la gestion de la nutrition dans les situations d'urgence tenu en Erythrée en 1996, il a été prévu d'organiser une consultation commune OMS/HCR sur la prise en charge des personnes vulnérables sur le plan nutritionnel dans les situations d'urgence (Rome, décembre 1997).

---

<sup>1</sup> *Management of Nutrition in Major Emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

<sup>2</sup> *Treatment and Management of Severe Malnutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

## XII. TUBERCULOSE

1. La tuberculose a été à l'origine de plus de décès d'adultes que toutes les autres maladies en 1995. Lorsqu'elle n'est pas bien traitée, elle aggrave l'épidémie mondiale et favorise l'apparition de formes polychimiorésistantes. Dans certains pays, le nombre de cas augmente rapidement à la suite de la propagation de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Pourtant, il existe une stratégie de lutte antituberculeuse efficace et rentable au niveau des soins de santé primaires – le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS). Cette stratégie permet la prise en charge et la guérison des cas de tuberculose et met un terme à la transmission de l'infection en évitant l'émergence de souches polychimiorésistantes. En fait, ce traitement constitue l'une des percées sanitaires les plus importantes de la décennie quant au nombre de vies qui ont déjà été sauvées et qui pourront l'être à l'avenir. L'OMS s'attache à promouvoir activement la stratégie pour atteindre les buts mondiaux de la lutte antituberculeuse fixés dans les résolutions WHA44.8 et WHA46.36 (guérison de 85 % des nouveaux cas à frottis positifs et dépistage de 70 % des cas d'ici l'an 2000).

### PROGRES

2. En 1990, dix pays seulement regroupant moins de 1 % des cas estimés de tuberculose dans le monde appliquaient la stratégie du traitement de brève durée sous surveillance directe. En 1997, près d'une centaine de pays avaient accepté la stratégie et 60 l'avaient largement appliquée. Lorsque ce traitement est utilisé, les taux de guérison sont beaucoup plus élevés (77 %) que lorsqu'il ne l'est pas (45 %). Plus de 15 % de l'ensemble des cas de tuberculose infectieuse sont désormais traités au moyen de cette stratégie.

3. Dans les parties de la Chine où le traitement est appliqué, le taux de guérison atteint actuellement 96 %. Au Pérou, il est de 91 % et le nombre de nouveaux cas a commencé à diminuer.

4. Le montant de l'aide extérieure consacré à la lutte antituberculeuse est passé de US \$16 millions (engagements de 1990) à US \$60 millions (en 1995). Dans certains pays, le budget national consacré à la tuberculose a augmenté et les pays appliquant la stratégie utilisent leurs fonds de manière plus efficace. Le coût des médicaments pour le traitement de la tuberculose a été ramené de US \$40-50 (pour un traitement de six mois) en 1990 à US \$15-25 en 1996.

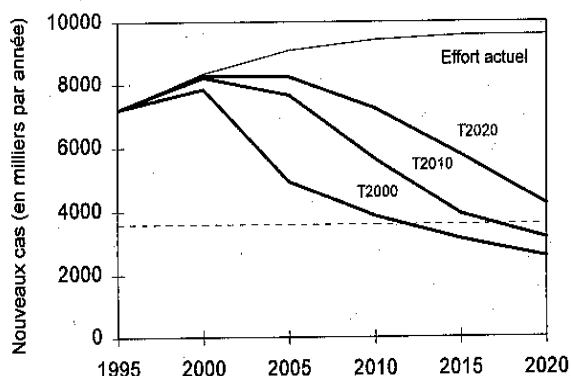
5. Malgré ces progrès, le taux de guérison mondial atteint au maximum 58 % alors que le taux de dépistage des cas ne dépasse peut-être pas 38 %.

6. Il ne sera pas possible d'atteindre les cibles mondiales de l'OMS d'ici l'an 2000. Les mesures doivent être intensifiées et accélérées. La rapidité de l'extension de la stratégie dépend de l'engagement politique plus que des caractéristiques techniques d'un traitement qui a fait ses preuves. Dans certains pays, c'est l'absence d'un engagement politique qui empêche l'amélioration de la couverture. Ailleurs, c'est l'utilité du traitement qui reste contestée.

### PERSPECTIVES D'AVENIR

7. En atteignant les cibles de l'OMS, on pourra réduire aussi bien l'incidence de la maladie que les décès par tuberculose d'environ 5 % par an et, en fin de compte, maîtriser l'épidémie. L'OMS estime actuellement que, si l'effort de lutte n'est pas accru, la morbidité tuberculeuse en 2020 sera plus importante qu'elle ne l'est aujourd'hui. En intensifiant les efforts, on pourra sauver davantage de vies et réduire le nombre de cas. Ce qui n'est pas acquis, c'est la volonté de prendre les mesures qui s'imposent dans le monde.

### PERSPECTIVES CONCERNANT L'INCIDENCE MONDIALE DE LA TUBERCULOSE



Les lignes représentent de haut en bas : la situation sans modification de l'effort de lutte et les situations si les cibles de l'OMS (70 % de cas dépistés, 85 % de guérisons) sont atteintes d'ici 2020, 2010 et 2000, respectivement.

8. Il ressort d'une évaluation des progrès possibles par pays qu'à condition d'améliorer encore, puis de maintenir la couverture par le traitement de brève durée sous surveillance directe, 130 pays environ pourront atteindre les buts fixés d'ici l'an 2000.

9. Sur les 22 pays qui regroupent actuellement plus de 80 % des cas de tuberculose dans le monde, 17<sup>1</sup> risquent de ne pas pouvoir atteindre les cibles de l'an 2000, même en intensifiant leurs efforts au maximum. Les 130 pays qui peuvent atteindre les cibles en intensifiant leurs efforts doivent être encouragés à les maintenir par la suite pour commencer à réduire l'incidence de la maladie, ce qui permettra en définitive d'éliminer la tuberculose. Ceux qui n'atteignent pas les cibles de l'an 2000 doivent être encouragés à appliquer et à élargir leurs programmes de traitement de brève durée sous surveillance directe pour les atteindre par la suite, le plus tôt possible.

10. Le maintien des cibles mondiales actuelles après l'an 2000 sans l'adoption d'un nouveau plan d'action aurait pour résultat de discréditer l'OMS. Inversement, en retardant la date cible, on risque d'affaiblir l'élan actuel et de décourager les pays qui auraient pu atteindre les cibles. L'OMS doit donc choisir une politique appropriée, la faire approuver et l'appliquer. Les efforts actuels de l'OMS montrent que la lutte contre la tuberculose dépend avant tout de l'engagement politique et de la prise de décision, plutôt que de questions techniques ou d'interventions sanitaires. Il appartient donc aux Etats Membres, à l'OMS et aux autres partenaires internationaux de trouver le moyen d'accorder un rang de priorité plus élevé à la lutte antituberculeuse, d'allouer des ressources en conséquence et de maintenir leur niveau.

11. La question des cibles mondiales sera présentée à l'organe consultatif de gestion du programme de lutte contre la tuberculose en novembre 1997 pour qu'il donne son avis à l'OMS. Les recommandations seront transmises au Conseil exécutif à sa cent unième session.

<sup>1</sup> Afghanistan, Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Chine, Ethiopie, Fédération de Russie, Inde, Indonésie, Mexique, Myanmar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, République démocratique du Congo et Thaïlande.

### XIII. ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME CECITANT

1. Le trachome a été l'une des premières maladies à laquelle s'est attaquée l'OMS, en réunissant, dans les années 50, trois comités d'experts et en menant des recherches de terrain dans plusieurs pays. Dans les années 60 et 70, des campagnes nationales de lutte contre le trachome ont été organisées dans de nombreux pays d'endémie. Les résultats de ces campagnes ont souvent été bons à court terme, mais la lutte à long terme s'est révélée difficile, en particulier dans les zones rurales isolées où les perspectives d'amélioration du niveau de vie étaient faibles. C'est pourquoi, malgré les progrès accomplis depuis plus de vingt ans dans plusieurs pays, le trachome demeure un très important problème de santé publique. Le trachome est la cause la plus répandue de cécité évitable, et touche généralement les plus pauvres.

#### SITUATION MONDIALE

2. La maladie, sous sa forme évolutive, touche, selon les estimations, près de 146 millions de personnes, principalement des femmes et des enfants. De plus, environ 5,6 millions de personnes sont aveugles ou souffrent de déficience visuelle des suites du trachome. La maladie cécitante est endémique dans 46 pays, principalement en Afrique, dans la Région de la Méditerranée orientale, en Asie et en Amérique latine.

3. La récurrence des infections trachomateuses pendant l'enfance entraîne des complications cécitantes à l'âge adulte et les femmes sont particulièrement exposées à l'infection à travers les enfants dont elles ont la charge. La transmission de *Chlamydia trachomatis* est favorisée par le surpeuplement, une mauvaise hygiène personnelle et environnementale, et par la présence en abondance dans les habitations de mouches attirées par le visage et les yeux. Les épidémies de conjonctivite, souvent saisonnières, aggravent le trachome.

#### ACTION DE L'OMS

4. Pendant les années 80, des recherches de terrain ont été entreprises en vue d'évaluer plus facilement les stades de la maladie et ses complications et faciliter l'intervention du personnel de soins de santé primaires. Ces efforts, joints à la normalisation de l'acte chirurgical de correction du trichiasis (retournement des cils vers l'intérieur de la paupière) et l'élaboration d'approches communautaires, ont donné un nouvel élan à la lutte antitrachomateuse au moyen de quatre éléments résumés sous le sigle CHANCE (chirurgie du trichiasis, traitement antibiotique, nettoyage du visage, et changements apportés à l'environnement), à savoir :

1) Chirurgie : Il est essentiel de faciliter la pratique de l'intervention chirurgicale destinée à corriger le frottement des cils contre la cornée résultant de l'épaississement de la face interne de la paupière. L'opération doit être pratiquée rapidement pour éviter la cécité. La rotation bilamellaire du tarse s'est avérée être la plus efficace des diverses techniques chirurgicales; elle est facile à enseigner et peut être pratiquée en toute sécurité par un personnel non médical avec de bons résultats. On peut se procurer des trousseaux chirurgicaux normalisés à bas prix.

2) Antibiotiques : Pour maîtriser rapidement la maladie et sa propagation, certains antibiotiques peuvent être utilisés à grande échelle, soit localement, soit par voie générale à titre préventif. La pommade oculaire à 1 % de tétracycline est utilisée depuis trente ans avec succès. Il s'avère cependant très difficile d'obtenir une utilisation régulière et prolongée de la pommade. Pour ce qui est du traitement systémique, une nouvelle génération de macrolides à action prolongée, en particulier l'azithromycine, qui fait l'objet d'essais cliniques de grande envergure, laisse espérer une amélioration de la lutte contre le trachome dans le monde.

3) Nettoyage du visage : Le fait de veiller à la propreté du visage des enfants est un moyen efficace de lutter contre l'inflammation trachomateuse; pour cela, il ne faut pas nécessairement beaucoup d'eau.

4) Changement de l'environnement : Cela suppose que l'on prenne des mesures pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement, et si possible le logement. Il est particulièrement important de prendre des mesures pour se débarrasser des mouches.

5. A la suite d'une réunion scientifique mondiale convoquée en juin 1996, l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome (GET), qui rassemble des organisations non gouvernementales de développement, la Fondation Edna McConnell Clark et d'autres parties intéressées, a été constituée. L'Alliance met actuellement au point un système uniforme de notification, des techniques d'évaluation rapide, une banque de données, un bulletin d'information et envisage d'apporter un appui à certains pays d'endémie. Un but à long terme d'élimination du trachome d'ici l'an 2020 a été fixé, mais cela suppose une bonne préparation pour lutter au niveau mondial contre la maladie évolutive dans les populations cibles (femmes et enfants).

## **XIV. ACTION DU CONSEIL EXECUTIF**

Le Conseil est invité à prendre note des rapports et à examiner les projets de résolutions et de décision ci-après :

### **DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE**

Le Conseil souhaitera peut-être qu'un rapport de situation lui soit soumis à sa cent troisième session.

### **PUBLICITE, PROMOTION ET VENTE TRANSFRONTIERES DE PRODUITS MEDICAUX PAR INTERNET**

Le Conseil exécutif

RECOMMANDE à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA50.4, "Publicité, promotion et vente transfrontières de produits médicaux par Internet", dans laquelle le Directeur général était prié de convoquer un groupe de travail spécial de l'OMS pour formuler des recommandations relatives à la publicité, à la promotion et à la vente transfrontières de produits médicaux par Internet;

Rappelant les résolutions WHA41.17, WHA45.30 et WHA47.16 sur les critères éthiques applicables à la promotion des médicaments;

Reconnaissant l'utilité et les possibilités considérables offertes par les moyens de communication électroniques, dont Internet, pour la diffusion et la recherche d'informations sur les produits médicaux;

Constatant les différences qui existent entre les Etats Membres en matière de réglementation et en matière de publicité, de promotion et de vente de produits médicaux;

Consciente de l'importance de la collaboration entre les Etats Membres et l'OMS, ainsi qu'entre les consommateurs, les professionnels de la santé et l'industrie, en ce qui concerne la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet;

Reconnaissant l'importance de la législation, de la réglementation, des directives et des politiques nationales pour contrôler la publicité, la promotion et la vente de produits médicaux, ainsi que la nécessité de faire respecter les réglementations nationales;

Consciente par ailleurs de la nécessité d'élaborer et de mettre en oeuvre des mécanismes d'autoréglementation pour établir des principes directeurs concernant de bonnes pratiques d'information, conformes s'il y a lieu aux principes énoncés dans les critères éthiques de l'OMS applicables à la promotion des médicaments;

Sachant également l'importance d'une éducation et d'une formation du public pour faire comprendre l'utilité et la qualité de l'information sur les produits médicaux disponible sur Internet, ainsi que la nécessité d'un usage rationnel des produits médicaux;

Prenant note du rapport et des recommandations du groupe de travail spécial sur la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet tels qu'ils figurent dans le rapport du Directeur général;

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

1) à passer en revue la législation, la réglementation et les directives existantes afin de vérifier qu'elles sont applicables et adaptées aux questions relatives à la publicité, à la promotion et à la vente transfrontières de produits médicaux par Internet, et à élaborer, évaluer et mettre en oeuvre des stratégies pour suivre et surveiller la situation et faire appliquer la réglementation;

2) à collaborer avec les autres Etats Membres en ce qui concerne les problèmes posés par Internet, notamment en diffusant des informations sur les cas et aspects litigieux, en prenant les mesures appropriées pour lutter contre la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet à des pays où celles-ci sont illégales, ainsi que des mesures précises pour faire respecter la réglementation; et à désigner des points de contact appropriés et à diffuser ces informations par l'intermédiaire de l'OMS à tous les Etats Membres;

3) à faire comprendre au grand public l'intérêt et l'utilité d'Internet pour obtenir des informations sur les produits médicaux, mais aussi les problèmes posés par la qualité de certaines de ces informations;

2. LANCE UN APPEL à l'industrie, aux professionnels de la santé et aux associations de consommateurs et autres parties intéressées afin :

1) qu'ils encouragent leurs membres, le cas échéant, à promouvoir la formulation et l'application de bonnes pratiques d'information, conformes s'il y a lieu aux principes énoncés dans les critères éthiques de l'OMS applicables à la promotion des médicaments; et

2) qu'ils suivent de près et signalent les cas et les aspects litigieux posés par la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'encourager la communauté internationale à élaborer des principes d'autorégulation pour favoriser de bonnes pratiques d'information, conformes aux critères éthiques de l'OMS applicables à la promotion des médicaments;

2) d'élaborer un modèle de guide que pourraient utiliser les Etats Membres pour apprendre aux gens à se servir d'Internet et à obtenir des informations fiables, objectives et compatibles sur les produits médicaux par Internet;

3) de collaborer avec d'autres organisations internationales et institutions compétentes pour toutes les questions relatives aux produits médicaux sur Internet;

4) d'inviter instamment les Etats Membres à mettre en place des mécanismes de contrôle et d'enquête sur la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet, ou à renforcer ceux qui existent, et de fournir une assistance technique selon les besoins;

5) d'inviter instamment les Etats Membres à prendre des mesures de réglementation, s'il y a lieu, pour sanctionner les violations de leurs lois nationales en matière de publicité, de promotion et de vente de produits médicaux par Internet;



- 6) d'encourager les Etats Membres et les organisations non gouvernementales concernées à signaler à l'OMS les cas et les aspects litigieux de publicité, promotion et vente transfrontières de produits médicaux par Internet et de faire rapport, le cas échéant, aux Etats Membres sur ces problèmes ou d'autres sujets de préoccupation.

## ELIMINATION MONDIALE DU TRACHOME CECITANT

Le Conseil exécutif,

Prenant note du rapport du Directeur général sur l'élimination mondiale du trachome cécitant;

RECOMMANDE à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquantième et Unième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA22.29, WHA25.55 et WHA28.54 sur la prévention de la cécité, ainsi que la résolution WHA45.10 sur la prévention de l'invalidité et la réadaptation;

Consciente des efforts et des progrès accomplis dans la lutte mondiale contre les maladies oculaires infectieuses, et en particulier le trachome;

Constatant que le trachome cécitant constitue encore un grave problème de santé publique parmi les populations les plus pauvres des 46 pays d'endémie;

S'inquiétant du nombre actuel de cas évolutifs – près de 146 millions – principalement parmi les femmes et les enfants, et du nombre de personnes aveugles ou souffrant de déficience visuelle par suite du trachome – près de six millions;

Reconnaissant la nécessité d'une action communautaire durable – y compris au moyen de la stratégie CHANCE (chirurgie des paupières, antibiothérapie, nettoyage du visage et changement de l'environnement) – afin d'éliminer le trachome cécitant dans les pays d'endémie restants;

Encouragée par les progrès accomplis récemment en vue de la simplification de l'évaluation et d'une meilleure prise en charge de la maladie, notamment au moyen de mesures de prévention de grande ampleur, en particulier dans les groupes vulnérables;

Notant avec satisfaction la création récente de l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome, composée d'organisations non gouvernementales collaboratrices, de fondations et d'autres parties intéressées;

### 1. DEMANDE aux Etats Membres :

- 1) d'appliquer les nouvelles méthodes d'évaluation rapide et de cartographie du trachome cécitant dans les zones d'endémie subsistantes;
- 2) de mettre en oeuvre, selon les besoins, la stratégie CHANCE pour l'élimination du trachome cécitant;
- 3) de collaborer à l'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome et à son réseau de parties intéressées en vue d'une coordination mondiale de l'action et des mesures d'appui spécifiques;

4) d'envisager toutes les mesures intersectorielles possibles de développement communautaire dans les zones d'endémie, en particulier en vue de développer l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les populations touchées;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'intensifier la collaboration nécessaire avec les Etats Membres dans lesquels la maladie est endémique en vue d'éliminer le trachome cécitant;

2) d'affiner encore les éléments de la stratégie CHANCE pour l'élimination du trachome, en particulier grâce à la recherche opérationnelle, et en prenant en considération les traitements antibiotiques et autres traitements pouvant être appliqués sans danger à grande échelle;

3) de renforcer la collaboration interinstitutions, en particulier avec l'UNICEF et la Banque mondiale, en vue de mobiliser le soutien mondial nécessaire;

4) de faciliter la mobilisation de fonds extrabudgétaires;

5) de rendre compte, le cas échéant, au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis.

= = =