



Rapport sur les réunions de comités d'experts et de groupes d'étude¹

Rapport du Secrétariat

EVALUATION DE CERTAINS ADDITIFS ALIMENTAIRES ET CONTAMINANTS

Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires
Cinquante-troisième rapport
Rome, 1^{er}-10 juin 1999²

Principales recommandations

1. Le Comité a procédé à l'évaluation toxicologique des additifs alimentaires suivants : un agent de glaçage, le poly-1-décène hydrogéné, un édulcorant, l'érythritol, un épaississant, le curdlan, et deux additifs divers, la γ -cyclodextrine et le sulfate de sodium. Des doses journalières admissibles (DJA) ou des DJA temporaires ont été établies pour toutes ces substances à l'exception du poly-1-décène hydrogéné. Le Comité a également préparé de nouvelles normes ou des normes révisées pour l'identité et la pureté des additifs alimentaires soumis à une évaluation et a examiné les normes relatives à 36 autres additifs alimentaires.
2. Lors de l'évaluation de l'innocuité du ferédétate sodique, le Comité a conclu qu'il pouvait être considéré comme sans danger lorsqu'il était utilisé dans des programmes d'enrichissement des aliments sous surveillance en réponse à un besoin de supplémentation martiale dans une population, déterminé par les responsables de la santé publique.
3. Le Comité a évalué 184 aromatisants appartenant à deux groupes en utilisant la méthode d'évaluation de l'innocuité des aromatisants. D'après les données toxicologiques, métaboliques, et les données sur les apports pour ces aromatisants et d'après leurs caractéristiques de structure, le Comité a conclu qu'ils ne posaient pas de problème d'innocuité.

¹ Le Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts stipule que le Directeur général soumet au Conseil exécutif un rapport relatif aux réunions de comités d'experts dans lequel il énonce ses observations sur les incidences des rapports des comités d'experts et ses recommandations quant aux mesures à prendre en conséquence.

² OMS, Série de Rapports techniques, N° 896, 2000 (version française en préparation).

4. L'allergénicité potentielle de l'huile d'arachide raffinée et de l'huile de soja raffinée a été examinée, et le Comité a conclu que des procédés de fabrication donnant régulièrement des produits sans danger restaient à définir. Des études sur la tolérance immunitaire vis-à-vis d'huiles d'arachide et de soja raffinées représentatives seront nécessaires en vue d'une évaluation complète.

5. Trois contaminants, le plomb, le méthylmercure et la zéaralénone, ont été évalués. Les doses hebdomadaires tolérables provisoires déjà établies pour le plomb (25 µg/kg de poids corporel) et pour le méthylmercure (3,3 µg/kg de poids corporel) ont été maintenues. Après examen des résultats d'une évaluation quantitative des risques associés au plomb, le Comité a conclu que les concentrations actuellement trouvées dans les aliments ont des effets négligeables sur le développement neurocomportemental du nourrisson et de l'enfant. Les renseignements disponibles sur le méthylmercure étaient insuffisants pour permettre une évaluation des effets sur le développement neurologique des enfants dont la mère avait absorbé ce composé en petites quantités. Pour la zéaralénone, une dose journalière tolérable maximale provisoire de 0,5 µg/kg de poids corporel a été établie.

6. Des estimations nationales d'apports de quatre additifs alimentaires (extraits de rocou, canthaxanthine, érythrosine et oxydes de fer) ont été évaluées. Les recommandations concernant les apports formulées par le Comité sont utilisées par le Comité du Codex sur les additifs alimentaires et les contaminants dans l'élaboration de son projet de norme générale pour les additifs alimentaires.

7. Les informations toxicologiques et autres ayant servi de base à l'évaluation par le Comité de l'innocuité de ces additifs alimentaires ont fait l'objet d'une publication séparée.¹ Des normes ont été publiées par la FAO.²

Importance pour les politiques de santé publique

8. Les travaux du Comité soulignent l'importance, du point de vue de la santé publique, de l'évaluation du risque associé aux substances chimiques utilisées dans les denrées alimentaires, et notamment la complexité du processus d'évaluation, qui consiste à rassembler et analyser toutes les données pertinentes, à interpréter les études de cancérogénicité, de génotoxicité, de toxicité pour la reproduction, de tératogénicité et autres, à extrapoler à l'homme les effets observés chez l'animal d'expérience et à évaluer les risques pour l'homme d'après les données toxicologiques et épidémiologiques disponibles.

9. Bien que tous les Etats Membres soient confrontés au problème de l'évaluation des risques potentiels associés aux substances chimiques utilisées dans les denrées alimentaires, seuls quelques établissements scientifiques peuvent actuellement entreprendre de telles évaluations, d'où la nécessité de fournir aux Etats Membres des informations valables concernant à la fois les aspects généraux de l'évaluation des risques et les divers additifs alimentaires et contaminants examinés, de façon à permettre une évaluation des risques au niveau national.

10. Les recommandations du Comité sont utilisées par la Commission du Codex Alimentarius lors de l'établissement de normes internationales pour les denrées alimentaires. Il n'est établi de telles normes que pour les substances qui ont été évaluées par le Comité et pour lesquelles une dose journalière

¹ *Safety evaluation of certain food additives*. WHO Food Additives Series, No. 444, 2000.

² *Compendium of food additives specifications, Addendum 7*. FAO Food and Nutrition Paper, No. 52, Add.7, 1999.

admissible a été établie (additifs alimentaires) ou pour lesquelles un apport tolérable a été fixé ou une activité a été estimée (contaminants). Il est ainsi possible d'assurer que les denrées alimentaires faisant l'objet d'un commerce international satisfont à des normes d'innocuité rigoureuses.

Incidences sur les programmes de l'OMS

11. Le Comité procède en permanence à l'évaluation des produits chimiques présents dans les denrées alimentaires. Quatre réunions du Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires, deux sur les additifs alimentaires et contaminants, une sur les contaminants et une sur les résidus de médicaments vétérinaires dans les aliments, sont prévues pour 2000-2001.

12. L'OMS est un partenaire du Programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires, qui administre la Commission du Codex Alimentarius. Les travaux du Comité sont d'une importance cruciale pour la Commission.

13. Les bureaux régionaux et les représentants de l'OMS utilisent également les évaluations du Comité pour conseiller les Etats Membres sur les programmes de réglementation portant sur l'innocuité des denrées alimentaires.

EVALUATION DES RESIDUS DE CERTAINS MEDICAMENTS VETERINAIRES DANS LES ALIMENTS

Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires Cinquante-quatrième rapport Genève, 15-24 février 2000¹

Principales recommandations

14. Le Comité a formulé des recommandations concernant les résidus de plusieurs médicaments vétérinaires dans les aliments d'origine animale. Il a examiné des questions liées à l'interprétation des données sur l'inhibition de l'activité de la cholinestérase et à l'harmonisation de ses travaux avec ceux de la réunion conjointe FAO/OMS sur les résidus de pesticides pour les substances utilisées à la fois comme médicaments vétérinaires et comme pesticides.

15. Le Comité a évalué un anthelminthique (ivermectine), quatre antimicrobiens (fluméquine, lincomycine, oxytétracycline et tilmicosine), six insecticides (cyhalothrine, cyperméthrine, α -cyperméthrine, dicyclanil, perméthrine et métrifonate (trichlorfon)) et une substance destinée à favoriser la production animale (acétate de mélangestrol). Pour toutes ces substances, des DJA ou des DJA temporaires ont été établies pour compléter celles qui avaient déjà été établies lors de réunions précédentes ou par la réunion conjointe FAO/OMS sur les résidus de pesticides. Des limites maximales de résidus (LMR) ou des LMR temporaires ont été recommandées pour toutes les substances pour lesquelles elles n'avaient pas été établies lors de réunions précédentes, mais les LMR temporaires pour la tilmicosine, la cyperméthrine et l' α -cyperméthrine n'ont pas été prorogées, les informations demandées n'ayant pas été fournies.

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 900, 2001 (version française en préparation).

16. L'OMS a publié des résumés des informations toxicologiques et autres sur la base desquelles l'évaluation de l'innocuité des médicaments vétérinaires a été faite.¹ La FAO a publié sous forme résumée les informations à partir desquelles les LMR ont été recommandées.²

Importance pour les politiques de santé publique

17. L'importance pour les politiques de santé publique est la même que pour les travaux du Comité sur les additifs alimentaires et les contaminants (voir paragraphes 8 à 13 ci-dessus).

Incidences sur les programmes de l'OMS

18. Les incidences sur les programmes de l'OMS sont les mêmes que pour les travaux du Comité sur les additifs alimentaires et les contaminants (voir paragraphes 8 à 13 ci-dessus).

L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS

Comité OMS d'experts de l'Utilisation des Médicaments essentiels

Neuvième rapport

Genève, 15-19 novembre 1999³

19. Le Comité OMS d'experts de l'Utilisation des Médicaments essentiels s'est réuni pour réexaminer son précédent rapport et mettre à jour la dixième Liste modèle des médicaments essentiels. Le rapport décrit le concept des médicaments essentiels, souligne son intérêt pour les politiques pharmaceutiques nationales, et reprend les critères de choix des substances figurant sur la Liste et de leurs formes pharmaceutiques. Le Comité a réparti son temps entre l'examen du rôle actuel et des fonctions de la Liste modèle des médicaments essentiels et la mise à jour de la Liste selon les modalités habituelles.

Principales recommandations

- **Examen du rôle et des fonctions actuels de la Liste modèle des médicaments essentiels**

20. Le Comité a noté que la Liste modèle avait joué un rôle important dans l'établissement et la promotion du concept des médicaments essentiels, qui a été adopté et adapté dans le monde entier. Aussi bien le processus de sélection que le contenu de la Liste constituent de très utiles modèles, et le Comité a examiné quelle serait à l'avenir la meilleure façon de contribuer à cette double fonction.

21. Le Comité a approuvé les efforts actuels de l'OMS en vue de relier la sélection des médicaments de la Liste modèle à ses directives de traitement et a recommandé de poursuivre cette approche dans la mesure du possible, afin de faciliter la mise en oeuvre des directives. Il a également exprimé son soutien aux efforts de l'OMS en vue d'établir des directives reposant sur des bases factuelles pour le traitement des maladies et a reconnu l'intérêt de cette activité.

¹ *Toxicological evaluation of certain veterinary drug residues in food*. WHO Food Additives Series, No. 45, 2000.

² *Residues of some veterinary drugs in animals and foods*. FAO Food and Nutrition Paper, No. 41/13, 2000.

³ OMS, Série de Rapports techniques, N° 895, 2000.

22. La décision de faire figurer un médicament sur la Liste modèle devrait être fondée sur des données dûment identifiées. Les critères auxquels doivent satisfaire les propositions soumises au Comité devront être mieux définis, et les propositions concernant chaque médicament devront comporter une analyse pharmaco-économique valable. Les raisons ayant motivé le choix du Comité devront être soigneusement consignées.

23. Le Comité a conclu que la Liste modèle devrait indiquer les affections et médicaments prioritaires, pour lesquels une accessibilité matérielle et financière équitable devrait être assurée avant que des ressources ne soient consacrées à d'autres traitements. À côté de cette Liste de base, un repérage spécial devrait signaler les médicaments qui sont sans danger et d'un bon rapport coût/efficacité, mais qui ne sont pas nécessairement accessibles financièrement et dont l'utilisation correcte exigerait une formation spéciale ou des services spécialisés.

24. Le Comité a également approuvé des suggestions selon lesquelles les données disponibles à l'appui de l'inclusion de médicaments déjà inscrits sur la Liste modèle devraient être identifiées et mises à disposition, et est convenu qu'il serait utile de soumettre à un examen général plusieurs groupes thérapeutiques. La Liste contient certains médicaments qui sont utilisés pour traiter des affections rares, mais ne mentionne pas des médicaments efficaces pour traiter d'autres affections rares. Le Comité n'a pas été en mesure de retrouver les motifs ayant conduit à décider d'inclure ou d'exclure ces médicaments, mais a noté que des facteurs tels que la fréquence, la gravité et la perception subjective de l'importance de l'affection et de l'efficacité du traitement avaient joué un rôle plus ou moins grand. Le Comité a décidé qu'il n'était pas approprié d'examiner cet aspect de la Liste lors de sa réunion.

25. Le Comité s'est longuement étendu sur la nécessité de disposer de critères plus explicites pour déterminer quelles sont les maladies ou affections à inclure dans la notion de « besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé » et pour lesquelles un traitement médicamenteux doit être prévu dans la Liste modèle. De même, il est nécessaire de donner des critères plus clairs pour la sélection des médicaments à inclure dans la Liste modèle. Reconnaisant qu'il est souhaitable d'améliorer la transparence de ses choix et de tenir compte des progrès technologiques récents en matière de décisions cliniques, par exemple les revues systématiques publiées par la Cochrane Collaboration, et qui correspondent à la notion de médecine reposant sur des bases factuelles, le Comité a recommandé que la méthodologie de sa prise de décision soit examinée de toute urgence. Après cet examen, la méthodologie à utiliser lors des futures réunions du Comité devra être préparée ; elle indiquera notamment la procédure de soumission d'une proposition et le contenu de cette dernière. Le Comité a noté que des ressources seraient nécessaires pour mettre en œuvre ces recommandations.

- **Liste modèle des médicaments essentiels** (onzième Liste)

26. La plus grande partie du rapport est constituée par la révision de la Liste modèle accompagnée d'explications des points pris en considération au cours de la révision. À la lumière de la discussion sur la nécessité d'une approche reposant davantage sur des bases factuelles pour l'inclusion de médicaments dans la Liste, la dixième Liste a été peu modifiée. La névirapine a toutefois été ajoutée pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette décision a été basée sur les résultats d'une étude parrainée par l'OMS et sur les recommandations du groupe de travail technique OMS/ONUSIDA/UNICEF/FNUAP. Quatre associations fixes pour le traitement de la tuberculose ont également été ajoutées à la Liste, suite à une demande de l'initiative Halte à la tuberculose. Un paragraphe sur l'intérêt des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique a également été ajouté au texte.

Importance pour les politiques de santé publique

27. Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont aux besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé ; ils doivent donc être disponibles à tout moment, en quantité suffisante, sous la forme pharmaceutique appropriée, et à un prix accessible pour les individus et la communauté. Des listes nationales de médicaments essentiels devraient être établies et périodiquement mises à jour en suivant la procédure de l'OMS et en s'entourant d'avis d'experts en santé publique, en médecine, en pharmacologie, en pharmacie et en gestion pharmaceutique. Plus de 150 pays ont établi leurs propres listes nationales des médicaments essentiels. Ces listes sont utilisées, entre autres, pour l'achat de médicaments nécessaires, aux fins de remboursement dans les systèmes d'assurance-maladie, pour la formation des agents de santé, pour la préparation de directives standard de traitement et pour encourager la production pharmaceutique locale. En d'autres termes, les listes de médicaments essentiels sont utilisées pour identifier les priorités du secteur pharmaceutique national. La sélection des médicaments essentiels est de plus en plus basée sur des comparaisons d'efficacité, d'innocuité et de coût/efficacité (plutôt que de coût) des traitements recommandés pour les maladies prioritaires.

Incidences sur les programmes de l'OMS

28. Les recommandations visant à réexaminer les procédures de mise à jour et de diffusion de la Liste modèle OMS des médicaments essentiels, et à renforcer le lien entre les directives de traitement de l'OMS et la Liste modèle, ont des incidences au niveau de l'Organisation. Un rapport distinct sera présenté lors de la cent neuvième session du Conseil exécutif en janvier 2002 sur le réexamen de ces procédures, qui a commencé en 2000. La sélection des médicaments devant figurer sur la Liste modèle a des répercussions sur l'établissement des normes de la pharmacopée et autres normes pertinentes, et sur le formulaire modèle de l'OMS. De nombreux Etats Membres suivent de très près la sélection des médicaments essentiels en vue de leur inclusion sur leurs listes nationales.

PESTICIDES : CHIMIE ET NORMES

Comité OMS d'experts de la Biologie des Vecteurs et de la Lutte antivectorielle

Seizième rapport

Genève, 6-10 décembre 1999¹

Principales recommandations

29. Pour poursuivre l'amélioration de la qualité des pesticides utilisés en santé publique, l'OMS devra assurer une vaste distribution de ses normes, et devra renforcer et étendre les programmes de contrôle de la qualité des pesticides. Pour des raisons d'innocuité pour l'homme et l'environnement, ainsi que d'efficacité et d'économie, il est indispensable de disposer de pesticides de bonne qualité.

30. Lorsque des pesticides doivent être utilisés en santé publique, l'OMS, en collaboration avec l'industrie et d'autres organismes compétents, devra poursuivre la promotion de leur innocuité et de leur emploi approprié.

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 899, 2001 (version française en préparation).

31. Pour assurer l'harmonisation des procédures d'élaboration des normes relatives aux pesticides utilisés en agriculture et en santé publique, la collaboration entre l'OMS et la FAO devra être renforcée et systématisée. Des procédures harmonisées amélioreront la qualité des normes, les rendront plus facilement acceptables par les gouvernements, l'industrie et le commerce, assureront la transparence des processus et des décisions, et rendront l'élaboration de ces normes plus efficace et d'un meilleur rapport coût/efficacité pour l'industrie comme pour la FAO et l'OMS.

32. L'OMS devrait faciliter et promouvoir la recherche de nouveaux pesticides et de mesures de lutte qui comportent un risque minimal pour la santé humaine et pour l'environnement, et qui sont d'un bon rapport coût/efficacité. A cet égard, la collaboration avec les établissements de recherche compétents et avec l'industrie devra être renforcée.

33. Etant donné le nombre limité de pesticides développés ces dernières années et la nécessité d'étendre la durée d'utilisation des composés disponibles, l'OMS, avec d'autres établissements compétents, devra renforcer la surveillance de la résistance aux pesticides chez les vecteurs et les ravageurs importants en santé publique, et promouvoir des stratégies efficaces et réalisables de gestion de la résistance.

34. Afin d'améliorer à l'échelle mondiale la gestion des pesticides, la FAO et l'OMS, avec l'aide de l'industrie et des pouvoirs publics, devront promouvoir des programmes intersectoriels de surveillance de l'utilisation des pesticides à usage agricole et domestique et des pesticides utilisés en santé publique.

Importance pour les politiques de santé publique

35. Problème de santé publique permanent à l'échelle mondiale, les maladies à transmission vectorielle exigent une lutte chimique constante contre les vecteurs. Bien que des pesticides de bonne qualité soient indispensables (voir paragraphe 29), la quantité de pesticides de qualité inférieure vendus dans les pays en développement est très préoccupante et la plupart de ces pays ne peuvent guère exercer un contrôle sur la qualité de ces produits. Les gouvernements comme les organisations internationales et régionales sont donc instamment invités à adopter les normes OMS pour les pesticides afin d'assurer que des produits de bonne qualité sont fabriqués et commercialisés. Des centres collaborateurs régionaux de l'OMS pour le contrôle de la qualité des pesticides ont été établis en Argentine, en Belgique, aux Etats-Unis d'Amérique et au Pakistan afin de donner les moyens nécessaires aux pays qui ont besoin de contrôler la qualité des pesticides.

36. Les réformes du secteur de la santé entraînent de nouvelles difficultés dans le choix, l'achat, l'approvisionnement, l'utilisation et la surveillance des insecticides. Cette situation justifie une approche multisectorielle de la prise de décision concernant la gestion des pesticides. Des politiques et directives nationales sur les insecticides sont également nécessaires afin d'assurer l'utilisation efficace et sans danger des pesticides en santé publique et de leur assurer une durée maximale d'efficacité.

Incidences sur les programmes de l'OMS

37. Le Comité OMS d'experts de la Biologie des Vecteurs et de la Lutte antivectorielle émet des recommandations à jour sur la qualité et l'innocuité des pesticides utilisés en santé publique, et assure la mise à disposition de normes internationales relatives au contrôle de qualité et au commerce international de ces substances. Il permet à l'OMS de s'acquitter des responsabilités prévues par sa Constitution dans ce domaine. L'importance des informations et recommandations figurant dans le rapport souligne la nécessité pour l'OMS de diffuser largement les recommandations du Comité auprès des autorités nationales de réglementation, des laboratoires nationaux de contrôle et des fabricants de pesticides utilisés en santé publique.

38. La recommandation du Comité concernant la collaboration entre l'OMS et la FAO sur l'utilisation des pesticides a déjà conduit à la signature d'un protocole d'accord sur la coopération dans un programme conjoint d'élaboration de normes pour les pesticides. La mise en oeuvre de ce protocole facilitera le travail commun.

39. Les recommandations concernant le développement de nouveaux pesticides dont le besoin est urgent (paragraphe 32) et la promotion de leur utilisation judicieuse en santé publique de façon à en assurer l'innocuité (paragraphe 30) soulignent le rôle unique de coordination et de leadership que joue l'OMS dans ce domaine.

SOINS DE LONGUE DUREE A DOMICILE

Groupe d'étude de l'OMS Ma'ale Hachamisha, Israël, 5-10 décembre 1999¹

40. Dans l'idéal, les soins à domicile devraient faire partie intégrante de tous les systèmes sanitaires et sociaux. Pour commencer, ils devraient au moins inclure des programmes destinés à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Les étapes suivantes pourraient consister à soutenir les prestations de soins informelles dans un contexte communautaire et gérées localement, à introduire des soins communautaires dont des soins à domicile, à faciliter le traitement chronique ou prolongé, puis à introduire des prestations de rééducation, des hôpitaux généraux et, enfin, des services tertiaires. En ce qui concerne les soins de longue durée, le dernier élément à introduire serait les soins institutionnels. L'attribution des ressources publiques devrait suivre la même chronologie que l'introduction des services. Il est trop tard dans la majorité des pays pour adopter cette approche rationnelle, mais tous les pays devraient être encouragés à combler les lacunes de leurs systèmes existants ou à mettre en oeuvre des services en commençant par ceux qui impliquent le minimum d'interventions avant de passer à des activités plus complexes.

41. Le profil de développement des pays industrialisés n'est pas forcément approprié ni souhaitable pour les pays en développement. Dans les pays développés, la majorité des systèmes de soins de longue durée séparent les différentes tranches d'âge et disposent de services sociaux et sanitaires distincts selon qu'il s'agit de soins aigus ou de longue durée. Les pays industrialisés devraient faire en sorte de changer ces systèmes, mais les pays en développement peuvent éviter de les adopter en intégrant les soins à domicile dans leurs systèmes de soins de santé primaires.

Principales recommandations

42. Le groupe d'étude a recommandé que les soins soient reconnus en tant que besoins humains prioritaires auxquels chacun a le devoir de répondre – les hommes comme les femmes. De plus, tous les secteurs de la société ainsi que les pouvoirs publics devraient reconnaître et soutenir les soins et la prestation des soins en tant qu'éléments essentiels du développement, y compris les soins de longue durée destinés aux personnes présentant une dépendance fonctionnelle quelconque et le soutien à leurs soignants.

43. Il faudra développer des politiques qui font des soins de longue durée à domicile une partie intégrante du système sanitaire et social du pays et de ses efforts de réforme de la santé. Ces politiques

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 898, 2000 (version française en préparation).

devraient couvrir non seulement les services, mais aussi les ressources et les priorités pour l'attribution de celles-ci.

44. Il faudrait encourager et respecter les initiatives créatives en matière de soins de longue durée. Le groupe d'étude a également recommandé d'étudier la possibilité de les mettre en oeuvre à grande échelle.

45. Les politiques et initiatives nationales à tous les niveaux devraient être basées sur les structures et ressources existantes, et il faudrait envisager sérieusement d'intégrer les soins de longue durée à domicile dans les soins de santé primaires.

46. Le groupe d'étude a recommandé l'adoption d'une approche qui mette l'accent sur la promotion de la santé en vue de différer l'apparition des incapacités tout au long de la vie et sur les besoins des personnes fonctionnellement dépendantes et de celles qui s'en occupent, quels que soient l'étiologie de la dépendance et l'âge des patients ou des soignants.

47. Il faudrait concevoir et mettre en oeuvre des services à domicile et communautaires pour répondre aux besoins des personnes fonctionnellement dépendantes et de leurs familles, avant de créer des services institutionnels.

Importance pour les politiques de santé publique

48. Les deux prochaines décennies verront des modifications considérables des besoins de santé des populations mondiales, les maladies non transmissibles, les maladies mentales et les traumatismes devenant les causes majeures d'incapacité. L'effectif de la population âgée devrait augmenter dans des proportions allant jusqu'à 300 % dans de nombreux pays en développement. De plus, le VIH/SIDA continuera à être une cause majeure d'incapacité (et de décès). Partout, le besoin de soins à long terme augmente déjà rapidement.

49. Ces modifications exigent une approche très différente de la politique du secteur sanitaire et des services de soins de santé, car une approche par maladie ne suffit plus à elle seule. Le seul dénominateur commun résultant de ces modifications démographiques et épidémiologiques est la dépendance fonctionnelle et le besoin croissant de soins pour pouvoir répondre aux besoins de la vie quotidienne.

Incidences sur les travaux de l'OMS

50. L'évolution décrite ci-dessus implique que les soins de longue durée doivent devenir une partie intégrante de *tous* les travaux de l'OMS en ce qui concerne :

- le développement des systèmes de santé ;
- l'augmentation de la double charge de morbidité (maladies infectieuses, par exemple VIH/SIDA, tuberculose et paludisme ; maladies non transmissibles chroniques, par exemple maladies cardio-vasculaires, cancer et diabète ; maladies mentales et affections incapacitantes, par exemple épilepsie, dépression et démence ; incapacité chronique comme conséquence de la violence, par exemple accidents de la circulation et guerres) ;
- les femmes et le développement social – le fait que les soins soient habituellement donnés par les femmes a des répercussions majeures sur le développement social et économique des pays.

LUTTE CONTRE LA MALADIE DE CHAGAS

Comité OMS d'experts de la Lutte contre la Maladie de Chagas Deuxième rapport Brasilia, 20-28 novembre 2000¹

51. La maladie de Chagas est présente dans toute l'Amérique latine, mais ses caractéristiques cliniques et épidémiologiques varient d'une zone d'endémie à l'autre. Les efforts visant à interrompre sa transmission ont été couronnés de succès dans plusieurs pays et doivent être poursuivis, des outils d'un bon rapport coût/efficacité étant disponibles pour la lutte chimique contre les vecteurs et le dépistage des banques de sang à la recherche de *Trypanosoma cruzi*.

52. La transmission de la maladie de Chagas a été interrompue en Uruguay en 1997, au Chili en 1999, et dans 8 des 12 Etats d'endémie du Brésil en 2000. Les données indiquent que la transmission vectorielle et transfusionnelle sera interrompue en Bolivie et au Paraguay d'ici 2003. En interrompant la transmission de la maladie dans les pays de l'initiative du Cône austral, on a pu réduire sensiblement son incidence dans l'ensemble de l'Amérique latine, et le nombre de décès est tombé de 45 000 en 1990 à 21 000 en 2000.

53. Le rapport donne des indications techniques pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes nationaux de lutte visant à interrompre la transmission. Il contient un examen critique des connaissances actuelles sur la maladie et sa pathogénie, les parasites et leurs critères de classification, et les vecteurs et réservoirs de l'infection. Les stratégies d'interruption de la transmission sont également examinées ainsi que leur rapport coût/efficacité.

Principales recommandations

54. L'interruption de la transmission de la maladie de Chagas dans plusieurs pays d'Amérique latine a remarquablement progressé au cours des 20 dernières années. Les programmes nationaux de lutte et les établissements de recherche dans les pays d'endémie doivent continuer à recevoir un soutien de façon que le but de l'élimination de la maladie d'ici 2010 puisse être atteint, comme l'a demandé l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA51.14.

55. Les pays d'endémie devront poursuivre les activités de lutte antivectorielle et de surveillance des vecteurs quel que soit le niveau d'interruption de la transmission de la maladie. Les pays qui ont interrompu avec succès la transmission devront conserver des activités de surveillance des vecteurs au niveau national aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour assurer que le territoire reste indemne de transmission de la maladie par des vecteurs intradomiciliaires.

56. Les pays d'endémie devront continuer à soumettre les banques de sang au dépistage de *Trypanosoma cruzi* de façon à assurer que la transmission du parasite par le biais des transfusions sanguines est également interrompue.

¹ D'après le texte non définitif du rapport (en anglais) ; il pourra y avoir des modifications de forme, mais non de fond, dans le rapport final qui sera publié dans la Série de Rapports techniques.

57. Des efforts devront être entrepris au niveau national pour assurer que les adultes infectés qui se trouvent au stade précoce indéterminé de la maladie sont traités par le seul médicament actuellement disponible (benznidazole). Le traitement devra être administré aux personnes de cette catégorie qui vivent dans des régions où la transmission vectorielle a été interrompue. En parallèle, on devra poursuivre la recherche de nouveaux médicaments efficaces.

58. Des systèmes et méthodes nationaux pour le contrôle de la qualité des réactifs diagnostiques et des insecticides devront être élaborés et mis en oeuvre avant d'être approuvés pour utilisation dans la prise en charge clinique, le dépistage des banques de sang et le traitement des locaux par pulvérisation.

59. Des études épidémiologiques et cliniques sur la maladie de Chagas congénitale devront être encouragées dans les pays où la transmission vectorielle de la maladie a été interrompue.

60. Les aspects économiques des différentes méthodes de mise en oeuvre de stratégies validées de lutte devront être analysés par les ministères de la santé des pays d'endémie.

61. Le soutien aux activités de recherche et de formation de l'OMS, y compris celles du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales, devra être poursuivi.

Importance pour les politiques de santé publique

62. Comme la résolution WHA51.14 le suppose, le soutien devra être axé sur la recherche entomologique et épidémiologique appliquée sur la lutte contre les espèces de triatomes vectrices, domiciliées ou non, dans les pays andins et l'Amérique centrale.

63. Comme les vecteurs de la maladie de Chagas ne sont pas strictement domiciliés dans ces pays, les stratégies de lutte devront être formulées ou adaptées de façon à répondre aux conditions entomologiques locales là où les vecteurs peuvent réinfester les habitations à partir d'écotopes sylvatiques.

64. L'analyse et les recommandations présentées dans le rapport peuvent contribuer à des projets sous-régionaux, comme les initiatives du Cône austral, des pays andins et d'Amérique centrale, dont on trouvera le détail ci-dessous dans les paragraphes 65 à 70.

Initiative du Cône austral

65. Cette initiative, qui rassemble l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay, a été lancée en 1991 pour mettre en oeuvre une stratégie d'élimination de la maladie de Chagas basée sur l'interruption de la transmission vectorielle et sur le dépistage systématique des dons de sang. Elle a permis d'empêcher 325 000 nouveaux cas d'infection par *T. cruzi* chaque année et 127 000 cas de myocardiopathie et de mort subite. Le modèle mis en place dans le Cône austral a déjà été adapté aux deux autres initiatives sous-régionales (voir paragraphes 68 à 70 ci-après).

66. L'impact économique de l'initiative est également notable. De récentes études de coût/efficacité réalisées au Brésil montrent que les pays participants ont économisé plus de US \$1140 millions en dépenses de soins de santé et en coûts de sécurité sociale. Le financement de l'initiative par ces pays s'est élevé au total à environ US \$350 millions pour la période 1992-2000.

67. Actuellement, le principal enjeu est d'assurer la viabilité du programme dans le contexte épidémiologique d'une très faible incidence d'infections à *T. cruzi* et dans un contexte institutionnel de réforme du secteur de la santé, dans lequel la décentralisation des opérations peut entraîner un recul de la priorité accordée aux activités d'élimination de la maladie.

Initiative des pays andins

68. Cette initiative a été lancée en 1997 à Bogotá par la Colombie, l'Equateur, le Pérou et le Venezuela. Les données du Venezuela indiquent qu'à la suite des activités de lutte antivectorielle, les taux de séroprévalence de l'infection à *T. cruzi* chez les enfants de moins de 10 ans ont régulièrement baissé au cours des quatre dernières décennies, passant de 20,5 % (1958-1968) à 3,9 % (1969-1979), 1,1 % (1980-1989) et 0,8 % (1990-1999). De 1990 à 1999, l'incidence de l'infection chez les enfants de 0 à 4 ans a diminué de 90 %, tombant à moins de 1,0 %. La transmission de *T. cruzi* se limite aux Etats de Barinas, Lara et Portuguesa.

Initiative de l'Amérique centrale

69. La résolution N° 13 de la XIII^e réunion sur la santé en Amérique centrale (RESSCA) (Belize, 1997) a lancé l'initiative de l'Amérique centrale pour la lutte contre la transmission vectorielle et transfusionnelle de *T. cruzi*.

70. L'élimination de *Rhodnius prolixus* au Guatemala, au Honduras et au Nicaragua est réalisable d'ici 2005. Les activités de surveillance du vecteur sylvatique *Triatoma dimidiata* devront être maintenues pendant les prochaines années. Actuellement, il n'existe pas d'activités systématiques de lutte antivectorielle au Belize, au Costa Rica et au Panama.

Incidences sur les programmes de l'OMS

71. Dans sa résolution WHA51.14, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une stratégie visant à assurer l'interruption de la transmission de la maladie de Chagas en associant la recherche appliquée sur le terrain et les activités de lutte, avec pour but l'élimination de la transmission d'ici 2010.

= = =