



# 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. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note de ces rapports et à examiner les textes recommandés par le Conseil.

### TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
I. Groupe spécial sur la santé dans le développement (résolution WHA50.23)	2
II. Amélioration de la coopération technique entre pays en développement (résolution WHA43.9)	3
III. Prévention de la violence (résolution WHA50.19)	5
IV. Développement des systèmes de santé (résolution WHA50.27)	10
V. Stratégie pharmaceutique révisée (résolution WHA49.14)	13
VI. Publicité, promotion et vente transfrontières de produits médicaux par Internet (résolution WHA50.4)	16
VII. Conséquences éthiques, scientifiques et sociales du clonage dans le domaine de la santé humaine (résolution WHA50.37)	18
VIII. Promotion de la santé (résolution WHA42.44)	19
IX. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (résolutions WHA33.32 et EB97.R13)	21
X. Tuberculose (résolution WHA46.36)	25
XI. Elimination mondiale du trachome cécitant (résolution WHA45.10)	28

## I. GROUPE SPECIAL SUR LA SANTE DANS LE DEVELOPPEMENT

1. La Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le rapport du groupe spécial sur la santé dans le développement et adopté la résolution WHA50.23 dans laquelle le Directeur général était prié de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent unième session et à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.
2. Les activités du groupe spécial, notamment en ce qui concerne la promotion de la santé comme "puissant facteur de paix" et comme élément central du développement, et les activités de plaidoyer en faveur du rôle de chef de file de l'OMS en matière de santé se sont poursuivies. Une réunion plénière du groupe spécial est prévue et un plan d'action pour les activités futures est en cours d'élaboration.
3. Une consultation informelle sur la santé et les droits de l'homme a été organisée les 4 et 5 décembre 1997; à cette occasion, des experts de la santé publique et des droits de l'homme de toutes les Régions ont cherché à conseiller l'OMS sur : 1) les composantes d'un programme proactif visant à incorporer une approche santé et droits de l'homme et les obligations concomitantes dans toutes les parties de l'OMS; et 2) le développement et le renforcement des partenariats avec des entités qui s'occupent des droits de l'homme dans le cadre du système des Nations Unies et avec des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'avec les milieux universitaires et d'autres centres d'expertise concernés par la santé et les droits de l'homme.
4. Plusieurs propositions précises qui ont été formulées concernant l'accélération et le renforcement des liens entre les droits de l'homme et les activités en santé ont fait apparaître une sensibilisation aux répercussions des mesures prises dans un domaine sur l'autre et des efforts conscients pour renforcer cet impact au maximum. Pour plus de précisions sur les délibérations et les recommandations de la consultation, on se référera au document WHO/HPD/98.1, disponible sur demande.
5. Le Conseil exécutif a été informé que le rapport du groupe spécial comprenait des recommandations qui avaient été prises en considération dans l'élaboration de la politique de la santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle (document A51/5). L'objectif politique fondamental de placer la santé au coeur du processus de développement aux niveaux international, régional, national et local résulte de certains des premiers travaux du groupe spécial dans ce domaine, de même que l'idée selon laquelle la santé et les droits de l'homme doivent être une des valeurs inspirant la vision de la santé pour tous au cours du prochain millénaire.
6. Comme l'Assemblée de la Santé l'a demandé dans sa résolution WHA50.23, les activités du groupe spécial continueront d'aider l'OMS à jouer le rôle de chef de file de la santé mondiale à mesure que l'Organisation continue de s'adapter à l'évolution des besoins dans un monde qui se transforme rapidement et à répondre à ces besoins. A cet égard, le groupe spécial mettra l'accent sur ses activités de plaidoyer pour la santé au niveau mondial en se prévalant de l'influence et de l'expertise de ses membres d'horizons divers pour défendre l'image de l'OMS, diffuser sa vision et sa mission et jouer le rôle de puissant catalyseur favorable au changement.
7. Un plan d'action pour les activités futures du groupe spécial sera finalisé d'ici le milieu de l'année et comprendra un mandat rationalisé visant à tirer le maximum de ses ressources et de son expertise. Il reflétera aussi la formule du roulement qui doit permettre au groupe d'utiliser les meilleurs éléments et les personnes les plus influentes de toutes les Régions et d'un large éventail de disciplines tout en conservant sa mémoire institutionnelle et en poursuivant sur la base de ce qui a déjà été fait.

### QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

8. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

## II. 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 stratégique 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 (ALENA), 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" pour formuler des politiques de la santé pour tous et en accélérer la mise en oeuvre par l'intensification de la coopération technique avec l'appui des institutions collaboratrices. Les recommandations formulées à l'issue de cette réunion seront disponibles au moment de 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.

## **QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

12. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

### III. PREVENTION DE LA VIOLENCE

#### MISE EN OEUVRE DE LA RESOLUTION WHA50.19

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 après 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; le groupe spécial sur la violence et la santé, créé par le Directeur général en juin 1996, aidera à suivre et à évaluer la mise en oeuvre du plan d'action.

2) Un réseau institutionnel a été créé afin de soutenir la mise en oeuvre du plan d'action qui 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).

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 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. L'OMS rédige un document sur la prévention de la violence dans le contexte des "écoles-santé". La violence figure parmi les thèmes traités dans le cadre des initiatives pour la formation aux compétences essentielles et pour des écoles favorisant l'épanouissement de l'enfant. La question de la violence a été abordée dans plusieurs projets concernant la santé mentale - notamment celle des réfugiés - et dans le cadre de l'initiative des "nations pour la santé mentale".

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. A la suite du colloque, il a été proposé de créer un centre international pour l'étude des formes contemporaines de violence, et une réunion entre l'OMS, le Ministère de la Santé et les autres parties intéressées, qui a eu lieu à Alger en mars 1998, a défini le mandat du centre.

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.

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. Au Rwanda, ce projet a mis en oeuvre plusieurs activités sur la base du plan de travail détaillé élaboré en compagnie des ministères compétents. Divers ateliers de formation ont été organisés et des activités liées à la santé communautaire, à la mobilisation sociale et à l'approvisionnement en médicaments se poursuivent. Au Burundi, ce projet a englobé des activités de surveillance dans l'ensemble du pays visant à évaluer les dimensions et les conséquences sociales de la violence à l'encontre des femmes ainsi qu'à mieux déterminer la capacité des services de faire face au problème.

9. 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 la violence au foyer, d'en démontrer les conséquences sur la santé et de définir et comparer les facteurs de risque et les facteurs protecteurs dans différents contextes et 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.

10. 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.

11. A l'occasion du XV<sup>e</sup> Congrès mondial de Gynécologie et d'Obstétrique de la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), l'OMS a organisé un atelier tenu avant ce Congrès sur "L'élimination de la violence contre les femmes : à la recherche de solutions" (rapport en préparation). Une résolution sur cette

---

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

question a été adoptée par l'Assemblée générale de la FIGO. Des exemples ont été examinés 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 concernant l'élaboration de principes directeurs à l'intention des responsables politiques et de matériels de formation à l'intention des agents de santé.

12. Un manuel sur la méthodologie applicable à l'étude de la violence contre les femmes est préparé et 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.

13. Une base de données a été créée afin de rassembler des informations sur la violence contre les femmes dans le milieu familial, les viols et les violences sexuelles. 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.

14. 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.

## **MESURES CONCERTÉES DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LES MINES ANTIPERSONNEL**

15. Si les mines antipersonnel laissées en place après un conflit continuent à terroriser et à décimer les familles et les communautés bien longtemps après avoir été posées, on ne dispose pas directement d'informations fiables sur le nombre de mines antipersonnel disséminées sur la planète, ni sur le nombre des victimes. En outre, les chiffres qui ont été utilisés jusqu'ici renseignent bien mal sur le fardeau psychosocial et économique des incapacités qu'elles provoquent pour les communautés, sur les effets concernant les divers besoins communautaires, comme l'accès aux soins de santé ou la sécurité des agents de santé, et sur la capacité des pays touchés d'évaluer l'ampleur du problème et de leurs besoins dans ce domaine ou leurs moyens de gérer le problème et d'en venir à bout. Les chiffres n'indiquent pas non plus pendant combien de temps les mines restent actives après avoir été posées et donc pendant combien de temps le risque d'être tué ou mutilé subsiste.

16. La nécessité de réunir et d'analyser les données sur le problème des mines antipersonnel et leurs effets pour la santé publique de façon systématique, cohérente et collective pour concilier les besoins et les ressources d'aide humanitaire aux victimes doit revêtir un caractère prioritaire. C'est la raison pour laquelle le Conseil exécutif, à sa cent unième session, a adopté la résolution EB101.R23 qui prie notamment le Directeur général de soumettre à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé un plan pour une action concertée de santé publique contre les mines antipersonnel.

17. A la suite de la résolution 52/173 de l'Assemblée générale des Nations Unies du 18 décembre 1997 préconisant un rôle de coordination de l'Organisation des Nations Unies dans les mesures concernant les mines, le Département des Opérations de Maintien de la Paix a été chargé de la question et a mis sur pied un service pour les mesures concernant les mines en vue d'établir une politique concertée, cohérente et transparente et un plan d'action. Deux groupes ont été constitués, le groupe de travail interinstitutions sur les mesures concernant les mines, chargé de préparer les documents de base et le programme d'action, et le groupe de coordination interinstitutions chargé de les valider et de les approuver. En tant que responsable de la coordination des activités internationales dans le domaine de la santé publique, l'OMS appartient aux deux groupes et participe activement

à la sensibilisation aux traumatismes provoqués par les mines ainsi qu'à l'assistance aux victimes. La première réunion du sous-groupe sur la sensibilisation aux mines et l'aide aux victimes du groupe de travail interinstitutions a eu lieu en février 1998 avec la participation de l'OMS et a commencé ses travaux sur la base du projet de plan d'action établi par l'OMS pour une réponse concertée de santé publique aux mines antipersonnel. L'OMS a également contribué au sous-groupe sur la gestion de l'information et les bases de données au sujet de la proposition de créer une centrale de l'OMS sur les aspects des mines concernant la santé publique.

18. Le plan d'action proposé qui portera initialement sur une période de deux ans est le résultat de plusieurs mesures prises par l'OMS pour définir son rôle concernant les mines antipersonnel après la Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction ouverte à la signature à Ottawa en décembre 1997. Le but du plan de l'OMS est de renforcer la capacité des pays touchés en matière de planification et d'exécution des programmes pour :

- mieux évaluer les effets des traumatismes dus aux mines antipersonnel sur la santé par la mise en place ou le renforcement d'un système de surveillance;
- promouvoir les programmes de sensibilisation aux mines et de prévention des traumatismes par l'éducation pour la santé en coopération étroite avec les parties intéressées;
- renforcer la gestion des situations d'urgence et de posturgence concernant les traumatismes provoqués par les mines antipersonnel dans le contexte de la fourniture de services de santé intégrés;
- renforcer les services de réadaptation vouant une attention spéciale à la réadaptation psychosociale.

19. Les cinq objectifs du plan d'action de l'OMS et les résultats attendus sont les suivants :

**Objectif 1. Surveillance et information :** Renforcer aussi bien la capacité de surveiller les systèmes de santé nationaux afin d'évaluer la gravité du problème des traumatismes dus aux mines par la collecte de données sur la mortalité, la morbidité et les incapacités que la capacité de faire face à la situation par la collecte de données sur les équipements de santé, les moyens d'action, l'organisation, le matériel, le personnel, etc.

Produit : L'OMS collaborera étroitement avec les organisations du système des Nations Unies, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et les organisations non gouvernementales participant à la collecte de données sur le terrain ainsi qu'avec les centres collaborateurs de l'OMS pour mettre sur pied une base de données fiables et exactes provenant des pays sur les traumatismes dus aux mines, qui sera reliée à la centrale d'information de l'OMS. Au niveau des pays, les données seront diffusées aux utilisateurs pour fixer les priorités concernant la répartition des ressources sanitaires, le déminage et les activités de prévention. Au niveau mondial, elles seront échangées et utilisées aux fins d'activités de plaidoyer.

**Objectif 2. Prévention et sensibilisation :** Faire en sorte qu'un élément de prévention pour la communauté et une composante promotion de la santé pour les agents de santé figurent dans les programmes de sensibilisation. L'OMS collaborera étroitement avec les autres organismes du système des Nations Unies, en particulier l'UNICEF, afin d'établir des normes et des règles pour des programmes de sensibilisation aux traumatismes dus aux mines dans le cadre des programmes nationaux d'éducation pour la santé pour éviter les traumatismes provoqués par les mines ou au moins en réduire le nombre.

Produit : Des dossiers d'information nationaux pour la sensibilisation aux traumatismes provoqués par les mines seront produits et diffusés.



**Objectif 3. Prise en charge des soins d'urgence et de posturgence :** Coopérer avec les ministères de la santé des pays touchés et, en compagnie du CICR, diffuser et/ou déterminer les règles applicables au renforcement de la capacité des services de soins de santé dans la prise en charge des soins d'urgence et de posturgence, compte tenu des besoins des services de laboratoire et de transfusion.

Produit : Les principes directeurs nationaux seront adaptés et diffusés à l'intention du personnel hospitalier et paramédical. Des modules de formation seront élaborés et diffusés aux moniteurs que l'on aura recensés.

**Objectif 4. Réadaptation :** Elaborer des normes nationales et des programmes nationaux complets de réadaptation physique et psychosociale des victimes de mines antipersonnel dans le cadre des programmes de réadaptation basés dans la communauté afin d'assurer l'intégration complète des personnes atteintes d'incapacités dans la communauté. Assurer la fourniture de prothèses et d'autres appareils, ainsi que leur entretien et leur réparation. Promouvoir la décentralisation des services de réadaptation par les soins de santé primaires, en l'appuyant par un système approprié d'orientation/recours.

Produit : L'OMS établira des lignes directrices pour la réadaptation intégrée basée dans la communauté en collaboration avec les autorités chargées de la santé et d'autres partenaires.

**Objectif 5. Coordination à l'intérieur du système des Nations Unies :** Assurer la mise au point d'une approche cohérente et concertée de l'aide aux survivants victimes de mines antipersonnel par l'intermédiaire du groupe de coordination interinstitutions sur les mesures concernant les mines sous la présidence du Département des Opérations de Maintien de la Paix de l'Organisation des Nations Unies. Créer une centrale d'information sur les aspects de l'emploi des mines concernant la santé publique afin d'améliorer la gestion de l'information.

Produit : On assurera l'exécution coordonnée des programmes dans les pays et l'on mettra sur pied une centrale d'information.

0. Le plan d'action sera mis en oeuvre par une approche intégrée au niveau des pays associant les autorités de santé locale et les partenaires pertinents. Il mettra l'accent sur les efforts conjoints et veillera à une coordination efficace de l'exécution du programme. Afin de tirer le maximum des efforts et de fournir un appui concerté et cohérent aux victimes, l'OMS fournira un appui technique au groupe de coordination interinstitutions sur les mesures concernant les mines. La collaboration aux niveaux mondial et de pays avec les organismes adéquats dans le cadre de l'objectif 1 sera une priorité de la mise en oeuvre du projet.

1. On procédera au bout de deux ans à une évaluation de l'impact des activités dans le cadre du plan d'action proposé pour aider les pays touchés sur la base des données réunies, des normes et règles établies et de la collaboration effective avec les partenaires. L'OMS veillera à ce qu'un processus d'évaluation constant soit établi dès le début, notamment en ce qui concerne la notification appropriée aux donateurs qui le demandent.

## QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

2. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le texte recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB101.R23.

## IV. 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" concernant 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.<sup>1</sup> 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 ...". 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."

2. L'initiative sur le développement des systèmes de santé vise à donner plus de relief au développement des systèmes de santé dans les pays et à lui accorder la priorité. Pour cela, il faut que les réunions internationales et les chercheurs soient davantage sensibilisés à la contribution importante qu'apporte le développement des systèmes de santé à l'amélioration de la santé des populations. Les rôles et les fonctions des nombreux acteurs et composantes des systèmes de santé doivent être précisés et les capacités renforcées s'il y a lieu. Les moyens d'y parvenir sont notamment les suivants :

- créer à l'OMS des dispositifs garantissant, à l'échelle de l'Organisation entière, une coordination des différents éléments du développement des systèmes de santé avec les autres programmes techniques;
- apporter un soutien aux pays et établir un groupe de réflexion chargé de surveiller et d'évaluer les politiques;
- mettre l'accent sur les pays les moins avancés et les autres pays qui sont les plus éloignés des cibles de la santé pour tous et sur les groupes vulnérables et marginalisés à l'intérieur des pays;
- créer des liens avec les établissements nationaux afin de promouvoir et de mettre en oeuvre des activités de pays communes;
- mettre sur pied des centres de référence régionaux et mondiaux pour les pays intéressés;
- renforcer les partenariats avec les autres organisations bilatérales et multilatérales sur la base d'une politique bien établie et acceptée.

### PROPOSITIONS DU GROUPE CONSULTATIF EXTERIEUR

3. Le groupe consultatif extérieur, créé à la suite de la résolution EB100.R1, s'est réuni les 26 et 27 novembre 1997; le groupe a précisé certains termes, établissant une distinction entre systèmes de soins de santé, systèmes de santé et développement des systèmes de santé. Il a conclu que les systèmes de soins de santé concernent la fourniture de soins de santé aux individus et aux communautés; que les systèmes de santé traitent de questions plus larges, notamment l'interaction avec les autres secteurs qui influencent la santé; et que le

---

<sup>1</sup> Document EB100/1997/REC/1, annexe 2.

---

développement des systèmes de santé couvre les options disponibles pour renforcer les systèmes de santé dans les pays, avec pour finalité l'amélioration de l'état de santé de la population.

4. Le groupe a proposé que l'initiative examine certains thèmes intéressant l'ensemble des systèmes, notamment : l'élaboration des politiques, la planification, l'information pour la santé, la réglementation, la législation et le rôle du secteur privé; le financement, les dépenses et la répartition des ressources; le développement organique et institutionnel, y compris la gestion, la "gouvernance" et la décentralisation; la fourniture des services et l'assurance de la qualité; les médicaments essentiels et la technologie pour la santé; le développement du personnel de santé; et le "partenariat" et l'"habilitation" dans le cadre du secteur sanitaire et avec d'autres secteurs. Le groupe a souligné que cette liste n'est pas exhaustive et ne doit pas nécessairement représenter la base de l'action de l'OMS, ni de l'organisation des systèmes de santé au niveau des pays.

## DOMAINES CLEFS

5. L'Organisation a apporté un appui aux pays qui le demandent, et notamment aux pays en développement, pour qu'ils poursuivent leur effort de développement et de réforme des systèmes de santé. Ainsi, dans le domaine de la *recherche*, l'OMS a étudié les questions concernant les systèmes de santé, déterminé les meilleures pratiques, élaboré des cadres et des instruments pour analyser les options et mis au point des méthodes de surveillance et d'évaluation aussi bien à l'intérieur du secteur sanitaire qu'avec des services gouvernementaux et non gouvernementaux. Elle a mis l'accent sur la décentralisation et le changement, les approches faisant appel aux institutions locales et aux entités qui ne relèvent pas de l'Etat, les politiques de financement de la santé, le développement des ressources humaines, et l'organisation et la gestion de programmes de lutte contre des maladies spécifiques dans le contexte de la réforme du secteur sanitaire.

6. L'Organisation a renforcé sa capacité analytique dans le domaine pour évaluer le succès de la réforme du secteur sanitaire. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* sera consacré à la question du développement des systèmes de santé. Le Bureau régional de l'Europe a utilisé un modèle pour établir des profils de systèmes de santé pour les "pays en transition" et ce modèle est modifié selon la perception que chaque Région a de ses besoins particuliers afin de déboucher sur une série de profils de systèmes de santé de pays faisant ressortir les récents changements et la réforme des systèmes de santé à la lumière des changements mondiaux. Ce modèle constituera aussi la base pour améliorer l'information régionale et mondiale sur les systèmes de santé de pays et les processus de changement.

## PARTENARIATS EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

7. L'OMS a collaboré activement avec les autres partenaires dans les domaines qui retiennent l'attention. Ainsi, l'UNICEF et l'OMS ont élaboré des approches nouvelles pour renforcer les systèmes de santé de district. Les liens sont renforcés avec d'autres organisations comme le PNUD, l'OIT et la Banque mondiale, afin de concevoir des politiques intégrées d'appui au développement des ressources humaines et de définir des options pour un partenariat mondial de développement des systèmes de santé au niveau local ou dans les districts. L'OMS collabore aussi avec les pays du Mouvement des pays non alignés pour créer un réseau d'institutions dans les pays en développement qui devront notamment réunir, évaluer et diffuser l'information sur les approches de la réforme du secteur sanitaire.<sup>1</sup> Le PNUD est étroitement associé à cet effort. En outre, l'OMS a contribué aux efforts conceptuels initiaux sur les approches à l'échelle du secteur tout entier avec d'autres organismes de développement, responsables et experts nationaux, et un groupe de travail technique international a récemment été mis sur pied.

---

<sup>1</sup> Voir aussi la section II.

## **CONCLUSIONS**

8. Le développement des systèmes de santé ne concerne pas seulement une poignée de programmes à l'OMS. L'idée imprègne toute l'Organisation car la pérennité de l'action sanitaire dépend en grande partie de la capacité des pays de renforcer leur système de santé. Par conséquent, un effort à l'échelle de l'Organisation entière s'impose pour aider les pays à développer leur système de santé. En outre, une collaboration étroite avec d'autres organismes extérieurs et organisations non gouvernementales est indispensable pour atteindre les buts de l'initiative. D'importantes conférences régionales et mondiales sont nécessaires pour dégager un consensus et examiner plus avant le rôle que doit jouer l'OMS.

## **QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

9. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

## V. STRATEGIE PHARMACEUTIQUE REVISEE

1. Dans la résolution WHA39.27, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS. La stratégie appelait à aider les gouvernements à mettre en oeuvre des politiques et des programmes pharmaceutiques nationaux de nature à promouvoir un accès équitable aux médicaments essentiels, l'usage rationnel des médicaments et la qualité des médicaments.

2. La résolution WHA49.14 réaffirmait l'intention et le contenu de la stratégie pharmaceutique révisée et contenait un dispositif en 11 paragraphes, qui ont tous fait l'objet d'une attention particulière au cours de la présente période biennale.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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'autoréglementation 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.

7. **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.

8. 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.

9. 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.

10. **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 OMS 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

#### **QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

14. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le texte recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB101.R24.

## VI. 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.

2. Le groupe de travail spécial a examiné les répercussions de la résolution WHA50.4 et formulé les recommandations suivantes :<sup>1</sup>

### 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, 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 problèmes et les aspects 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, 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> Le rapport du groupe de travail spécial est disponible au Secrétariat.



- 
- 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 instamment 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 instamment 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.

## **QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

3. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le texte recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB101.R3.

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

Le rapport sur la mise en oeuvre de la résolution WHA50.37  
sera présenté dans un additif au présent document.

## VIII. 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 pour la 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 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. Il est désormais manifeste que les approches globales du développement sanitaire sont les plus efficaces et que des cadres favorables à la santé - "villes-santé", "îles-santé", "écoles-santé", "lieux de travail-santé" et "communautés-santé" - offrent des possibilités concrètes pour la mise en oeuvre de la promotion de la santé.

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. 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.

7. Les efforts se sont poursuivis activement depuis la Déclaration de Jakarta. Le plan d'action quinquennal de l'OMS sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé a été révisé. La Déclaration, traduite dans plus de dix langues, est largement utilisée et a déjà fait l'objet de discussions aux sessions d'au moins deux comités régionaux. La Conférence a débouché sur la constitution d'un réseau regroupant les dix pays les plus peuplés de la planète (environ 60 % de la population mondiale); des publications, notamment le glossaire de la promotion de la santé; l'élaboration d'un guide international sur la promotion de la santé; une série OMS d'information sur la santé à l'école; et un site Web sur la promotion de la santé. Parmi les autres aspects démontrant le caractère "horizontal" de la promotion de la santé, on peut mentionner le vieillissement en bonne santé, l'initiative pour un mode de vie privilégiant l'activité et des partenariats avec des associations sportives et de tourisme. En outre, on envisage la mise sur pied d'un réseau d'organisations non gouvernementales du secteur privé qui se sont engagées en faveur de la promotion de la santé.

8. A sa cent unième session, le Conseil exécutif s'est félicité des résultats de la Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé et de la Déclaration de Jakarta, qu'il a considérés comme un pas important en vue du développement ultérieur de la promotion de la santé.

#### **QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

9. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le texte recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB101.R8.

## IX. LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT<sup>1</sup>

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>2</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 à intensifier son soutien technique et financier aux Etats Membres, en particulier à ceux dans lesquels les taux de malnutrition sont élevés, et 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, réaffirmant ainsi leur engagement.<sup>3</sup>

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.

---

<sup>1</sup> Voir aussi le document A51/INF.DOC./3 qui complète cette section et fournit une évaluation plus complète des formes les plus graves de la malnutrition de l'enfant, des progrès accomplis pour les réduire et des mesures prises par les Etats Membres et l'OMS.

<sup>2</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>3</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.

## 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 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

---

<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/98.1).

<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/98.4; et *Iron deficiency: indicators for assessment and strategies for prevention* (sous presse).

mondiale de nourrissons.<sup>1</sup> 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.

9. La surveillance des progrès accomplis vers les objectifs opérationnels de la Déclaration d'Innocenti<sup>2</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 plus 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, Zimbabwe; **Amériques** : Belize, Honduras, Nicaragua, Trinité-et-Tobago; **Asie du Sud-Est** : Bangladesh, Inde; **Europe** : Autriche, Pologne, Suède; **Méditerranée orientale** : Arabie saoudite, Chypre, Djibouti, Iran (République islamique d'); **Pacifique occidental** : Australie, *Cambodge*, Chine, *Iles Marshall*, Nouvelle-Zélande, *Nioué*, *Palaos*, Singapour, 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>3</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

<sup>1</sup> WHO global data bank on breast-feeding. Document non publié WHO/NUT/96.1 (en anglais seulement).

<sup>2</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. Voir la Déclaration "Innocenti" : progrès et réalisations (Partie I). *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 73(5) : 25-30 (1998).

<sup>3</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.

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>1</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 de la nutrition dans les urgences majeures<sup>2</sup> ainsi que le traitement et la prise en charge de la malnutrition grave<sup>3</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 (Erythrée, 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).

### **QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

13. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport du Directeur général.

---

<sup>1</sup> Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Version révisée, document non publié WHO/NUT/97.3.

<sup>2</sup> *Management of nutrition in major emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

<sup>3</sup> *Treatment and management of severe malnutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).



## X. TUBERCULOSE

1. La tuberculose a été à l'origine de plus de décès d'adultes que toutes les autres maladies infectieuses et parasitaires 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 contagieux de tuberculose 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.

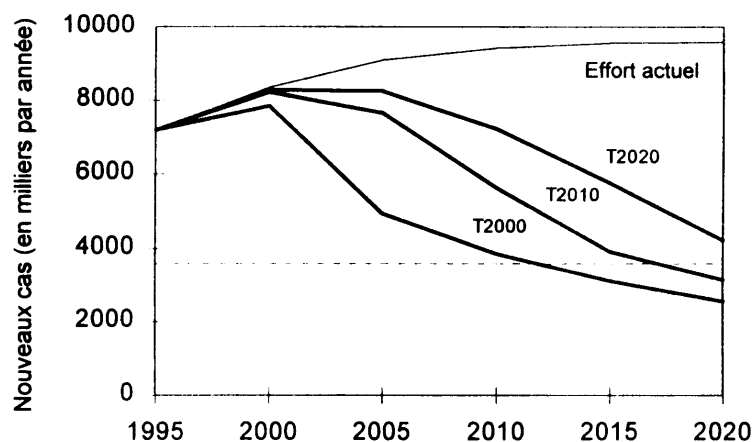
5. Malgré ces progrès, le taux de guérison mondial atteint au maximum 58 % alors que le taux de dépistage des cas ne dépasse peut-être pas 38 %.

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. En janvier 1998, le Conseil exécutif a été informé de quatre recommandations principales au Directeur général formulées par l'organe consultatif de gestion du Programme mondial de Lutte contre la Tuberculose à la suite de sa réunion de novembre 1997.<sup>2</sup>

<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.

<sup>2</sup> Voir le procès-verbal de la onzième séance du Conseil exécutif à sa cent unième session (document EB101/1998/REC/2).

**QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

12. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le texte recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB101.R4.

## XI. 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 des quatre éléments de la stratégie 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).

### **QUESTIONS PORTEES A L'ATTENTION DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE**

6. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le texte recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB101.R5.

= = =