WHA59/2006/REC/1

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CINQUANTE-NEUVIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE, 22-27 MAI 2006

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS
ANNEXES

GENÈVE
2006

ABREVIATIONS

Les abréviations suivantes sont employées dans la documentation de l'OMS :

ACDI – Agence canadienne de Développement international
AGFUND – Programme arabe du Golfe pour les Organismes de Développement des Nations Unies
AID – Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique
AIEA – Agence internationale de l'Energie atomique
ANASE – Association des Nations de l'Asie du Sud-Est
BIRD – Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement (Banque mondiale)
BIT – Bureau international du Travail
BSP – Bureau sanitaire panaméricain
CCQAB – Comité consultatif pour les Questions administratives et budgétaires
CCRS – Comité consultatif de la Recherche en Santé
CCS – Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination [précédemment Comité administratif de Coordination (CAC)]
CIOMS – Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
CIRC – Centre international de Recherche sur le Cancer
CNUCED – Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement
FAO – Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FIDA – Fonds international de Développement agricole
FMI – Fonds monétaire international
FNUAP – Fonds des Nations Unies pour la Population
HCR – Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
OACI – Organisation de l'Aviation civile internationale
OCDE – Organisation de Coopération et de Développement économiques
OIE – Office international des Epizooties
OIT – Organisation internationale du Travail
OMC – Organisation mondiale du Commerce
OMI – Organisation maritime internationale
OMM – Organisation météorologique mondiale
OMPI – Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle
OMS – Organisation mondiale de la Santé
ONUDI – Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel
ONUSIDA – Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS – Organisation panaméricaine de la Santé
PAM – Programme alimentaire mondial
PNUCID – Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues
PNUD – Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE – Programme des Nations Unies pour l'Environnement
UIT – Union internationale des Télécommunications
UNESCO – Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF – Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNRWA – Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

---

Les appellations employées dans ce volume et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Lorsque l'appellation « pays ou zone » apparaît dans le titre de tableaux, elle couvre les pays, territoires, villes ou zones.

AVANT-PROPOS

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé s'est tenue au Palais des Nations à Genève du 22 au 27 mai 2006, conformément à la décision adoptée par le Conseil exécutif à sa cent seizième session. Ses actes paraissent dans trois volumes contenant notamment :

les résolutions et décisions et les annexes qui s'y rapportent – document WHA59/2006/REC/1,

les comptes rendus in extenso des séances plénières et la liste des participants – document WHA59/2006/REC/2,

les procès-verbaux des commissions et les rapports des commissions – document WHA59/2006/REC/3.

TABLE DES MATIERES

Pages

Avant-propos iii

Ordre du jour ix

Liste des documents xiii

Présidence et secrétariat de l'Assemblée de la Santé et composition de ses commissions xix

RESOLUTIONS ET DECISIONS

Résolutions

WHA59.1 Eradication de la poliomyélite 1

WHA59.2 Application du Règlement sanitaire international (2005) 3

WHA59.3 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé 6

WHA59.4 Onzième programme général de travail, 2006-2015 9

WHA59.5 Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution 10

WHA59.6 Arriérés de contributions : Afghanistan 11

WHA59.7 Arriérés de contributions : Arménie 12

WHA59.8 Arriérés de contributions : République centrafricaine 13

WHA59.9 Arriérés de contributions : République dominicaine 13

WHA59.10 Arriérés de contributions : Turkménistan 14

WHA59.11 Nutrition et VIH/SIDA 15

Pages

WHA59.12	Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA	18
WHA59.13	Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2004-2005	19
WHA59.14	Traitements du personnel hors classes et du Directeur général	20
WHA59.15	Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques	20
WHA59.16	Amendements aux Statuts de la Commission du Codex Alimentarius	22
WHA59.17	Résultats de la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	23
WHA59.18	Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. Article 14 : envoi des documents	24
WHA59.19	Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles	25
WHA59.20	Drépanocytose	27
WHA59.21	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant 2006	29
WHA59.22	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	30
WHA59.23	Accélération de la production de personnels de santé	32
WHA59.24	Santé publique, innovation, recherche essentielle en santé et droits de propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux	33
WHA59.25	Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables	37
WHA59.26	Commerce international et santé	39
WHA59.27	Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux	40

Décisions

WHA59(1)	Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs	43
WHA59(2)	Composition de la Commission des Désignations	43
WHA59(3)	Election du président et des vice-présidents de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé	43
WHA59(4)	Election du bureau des commissions principales	43
WHA59(5)	Constitution du Bureau de l'Assemblée	44
WHA59(6)	Adoption de l'ordre du jour	44

Pages

WHA59(7)	Vérification des pouvoirs	44
WHA59(8)	Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif	45
WHA59(9)	Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS	45
WHA59(10)	Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé	45
WHA59(11)	La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation	46
WHA59(12)	Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique	46
WHA59(13)	Choix du pays où se tiendra la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé	46
WHA59(14)	Rapports du Conseil exécutif sur ses cent seizième et cent dix-septième sessions	46

ANNEXES

1.	Approche stratégique de la gestion rationnelle des produits chimiques	49
2.	Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles	77

ORDRE DU JOUR[1]

1. Ouverture de l'Assemblée

   1.1 Constitution de la Commission de Vérification des Pouvoirs

   1.2 Election de la Commission des Désignations

   1.3 Rapports de la Commission des Désignations

   - Election du président
   - Election des cinq vice-présidents, des présidents des commissions principales et constitution du Bureau

   1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales

2. Rapports du Conseil exécutif sur ses cent seizième et cent dix-septième sessions

3. Allocution du Dr Lee Jong-wook, Directeur général

4. Intervenant invité

5. [supprimé]

6. Conseil exécutif : élection

7. Distinctions

8. Rapports des commissions principales

9. Clôture de l'Assemblée

[1] Adopté à la deuxième séance plénière.

COMMISSION A

10. Ouverture des travaux de la Commission[1]

11. Questions techniques et sanitaires

11.1 Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, y compris l'application du Règlement sanitaire international (2005)

11.2 Eradication de la poliomyélite

11.3 VIH/SIDA

- VIH/SIDA : contribution de l'OMS à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins
- Nutrition et VIH/SIDA
- Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA

11.4 Drépanocytose

11.5 Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique

11.6 Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles

11.7 Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables

11.8 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport quadriennal

11.9 Contribution de l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent

11.10 Commerce international et santé

11.11 Droits de propriété intellectuelle

- Rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique
- [Cadre mondial pour les] activités de recherche-développement essentielles en santé

[1] Y compris l'élection des vice-présidents et du rapporteur.

11.12 Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement

11.13 Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé

11.14 Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours

11.15 La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation

11.16 Sécurité des patients

11.17 Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation

- Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17)
- Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe (résolution WHA58.1)
- Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (résolution WHA57.2)
- Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille (résolution WHA57.11)
- Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12)
- Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale (résolution WHA58.33)
- Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé (résolution WHA56.25)
- Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (résolution WHA54.12)

COMMISSION B

12. Ouverture des travaux de la Commission[1]

13. Rapport sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

14. Onzième programme général de travail, 2006-2015

15. Questions relatives au budget programme et questions financières

[1] Y compris l'élection des vice-présidents et du rapporteur.

15.1 Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

15.2 Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés

15.3 Budget programme 2004-2005 : appréciation de l'exécution

15.4 Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2004-2005

15.5 [supprimé]

15.6 [supprimé]

16. Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance

16.1 Rapport du Commissaire aux Comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif

16.2 Rapport du vérificateur intérieur des comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif

17. [supprimé]

18. Questions relatives au personnel

18.1 Ressources humaines : rapport annuel

18.2 Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel

18.3 Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

19. Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales, y compris le processus de réforme des Nations Unies

- Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques

20. Amendements aux Statuts de la Commission du Codex Alimentarius

21. Résultats de la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

22. Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. Article 14 : envoi des documents

LISTE DES DOCUMENTS

A59/1 Rev.1	Ordre du jour[1]
A59/2	Rapports du Conseil exécutif sur ses cent seizième et cent dix-septième sessions
A59/3	Allocution du Directeur général à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
A59/4	Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, y compris l'application du Règlement sanitaire international (2005)
A59/5	Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, y compris l'application du Règlement sanitaire international (2005)
A59/6	Eradication de la poliomyélite
A59/7	Nutrition et VIH/SIDA
A59/8	VIH/SIDA. Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations du groupe de travail mondial sur l'amélioration de la coordination entre les institutions multilatérales et les bailleurs de fonds internationaux concernant le SIDA
A59/9	Drépanocytose
A59/10	Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
A59/10 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A59/11	Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles[2]
A59/11 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A59/12	Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
A59/13	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport quadriennal

[1] Voir p. ix.

[2] Voir annexe 2.

A59/14	Contribution de l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie pour la santé et le développement des enfants et des adolescents
A59/15	Commerce international et santé
A59/16	Rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique
A59/16 Add.1 et Add.1 Corr.1	Droits de propriété intellectuelle – Rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique. Rapport de la réunion du Comité du Conseil exécutif
A59/16 Add.2	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A59/17	[Cadre mondial pour les] activités de recherche-développement essentielles en santé
A59/18	Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement
A59/19	Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé
A59/20	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours
A59/20 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A59/21	La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation
A59/22	Sécurité des patients
A59/23	Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation
A59/24	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé : rapport de situation
A59/25	Onzième programme général de travail, 2006-2015
A59/25 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A59/25 Add.2	Onzième programme général de travail, 2006-2015 : suivi

A59/26	Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Etats Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution et dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés – Premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
A59/27	Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé – Article 14 : envoi des documents
A59/28	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1er janvier 2004-31 décembre 2005 et Rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé
A59/28 Add.1	Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1er janvier 2004-31 décembre 2005 – Annexe : Ressources extrabudgétaires pour les activités du programme
A59/29	Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2004-2005 – Deuxième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
A59/30	Budget programme 2004-2005 : appréciation de l'exécution
A59/31	Rapport du Commissaire aux Comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif – Troisième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
A59/32	Rapport du vérificateur intérieur des comptes
A59/33	Rapport du vérificateur intérieur des comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif – Quatrième rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
A59/35	Ressources humaines : rapport annuel
A59/36	Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS
A59/37	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales, y compris le processus de réforme des Nations Unies
A59/38	Amendements aux Statuts de la Commission du Codex Alimentarius
A59/39	VIH/SIDA. Contribution de l'OMS à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins

A59/40	Résultats de la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
A59/40 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A59/41	Collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales, y compris le processus de réforme des Nations Unies. Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques[1]
A59/41 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption
A59/42	Commission des Désignations – Premier rapport
A59/43	Commission des Désignations – Deuxième rapport
A59/44	Commission des Désignations – Troisième rapport
A59/45	Commission de Vérification des Pouvoirs – Premier rapport
A59/46	Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif
A59/47	Premier rapport de la Commission A (Projet)
A59/48	Premier rapport de la Commission B (Projet)
A59/49	Deuxième rapport de la Commission A (Projet)
A59/50	Troisième rapport de la Commission A (Projet)
A59/51	Deuxième rapport de la Commission B (Projet)
A59/52	Quatrième rapport de la Commission A (Projet)
A59/53	Cinquième rapport de la Commission A (Projet)
A59/54	Troisième rapport de la Commission B[2]
A59/55	Sixième rapport de la Commission A (Projet)[2]

[1] Voir annexe 1.

[2] Disponible uniquement en version électronique sur le site Web de l'OMS.

Documents d'information

A59/INF.DOC./1	Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A59/INF.DOC./2	Etat du recouvrement des contributions
A59/INF.DOC./3	Rapport sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé
A59/INF.DOC./4	Rapport sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

Divers

A59/DIV/1 Rev.1	Liste des délégués et autres participants
A59/DIV/2	Guide pour la documentation
A59/DIV/3	Guide à l'usage des délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé
A59/DIV/4	[Document non publié]
A59/DIV/5	Décisions et liste des résolutions
A59/DIV/6	Liste des documents
A59/DIV/7	Allocution prononcée par SAR le Prince de Galles sur les soins de santé intégrés à l'Assemblée mondiale de la Santé

PRESIDENCE ET SECRETARIAT DE L'ASSEMBLEE DE LA SANTE ET COMPOSITION DE SES COMMISSIONS

Président :
Professeur P. I. GARRIDO (Mozambique)

Vice-Présidents :
Dr M. SOLEDAD BARRÍA (Chili)
M. A. A. MIGUIL (Djibouti)
M. E. NICOLAESCU (Roumanie)
Dr S. F. SUPARI (Indonésie)
Pehin SUYOI OSMAN (Brunéi Darussalam)

Secrétaire :
Dr A. NORDSTRÖM, Directeur général par intérim[1]

Commission de Vérification des Pouvoirs

La Commission de Vérification des Pouvoirs était composée de délégués des Etats Membres suivants : Burundi, Cambodge, Chypre, Equateur, Estonie, Guinée-Bissau, Honduras, Jordanie, Nigéria, Pakistan, Pologne et République populaire démocratique de Corée.

Président : M. NUTH SOKHOM (Cambodge)
Vice-Président : Mme A. TAPAKOUDI (Chypre)
Rapporteur : M. KIM YUN HUM (République populaire démocratique de Corée)
Secrétaire : M. G. L. BURCI, Conseiller juridique

Commission des Désignations

La Commission des Désignations était composée des délégués des Etats Membres suivants : Brésil, Cambodge, Canada, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, France, Hongrie, Iran (République islamique d'), Israël, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Kenya, Mauritanie, Népal, Nouvelle-Zélande, Ouganda, République dominicaine, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Soudan, Thaïlande, Zambie et Mme E. Salgado, Espagne (Président de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

Président : Mme E. SALGADO (Espagne)
Secrétaire : Dr A. NORDSTRÖM, Directeur général par intérim[1]

Bureau de l'Assemblée

Le Bureau de l'Assemblée était composé du Président et des Vice-Présidents de l'Assemblée de la Santé, des Présidents des commissions principales et de délégués des Etats Membres suivants : Angola, Autriche, Barbade, Chine, Cuba, Egypte, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Nouvelle-Zélande, Panama, République de Moldova, Sénégal et Togo.

Président : Professeur P. I. GARRIDO (Mozambique)
Secrétaire : Dr A. NORDSTRÖM, Directeur général par intérim[1]

COMMISSIONS PRINCIPALES

Conformément à l'article 35 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, chaque délégation a le droit de se faire représenter par un de ses membres à chacune des commissions principales.

Commission A

Président : Dr A. RAMADOSS (Inde)
Vice-Présidents : Dr K. LEPPO (Finlande) et Dr P. MAZZETTI SOLER (Pérou)
Rapporteur : Dr A. CISSÉ (Guinée)
Secrétaire : Dr Q. M. ISLAM, Directeur, Pour une grossesse à moindre risque

[1] A compter du 24 mai 2006 ; voir document EBSS-EB118/2006/REC/1, décision EBSS(1).

Commission B

Président : Dr A. J. MOHAMMAD (Oman)
Vice-Présidents : Dr F. T. DUQUE III (Philippines) et M. V. MERITON (Seychelles)
Rapporteur : Dr B. CAREY (Bahamas)
Secrétaire : Dr S. HOLCK, Directeur, Administration

RESOLUTIONS

WHA59.1 Eradication de la poliomyélite

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la poliomyélite ;[1]

Rappelant la Déclaration de Genève de 2004 sur l'éradication de la poliomyélite, par laquelle les six pays d'endémie et les principaux partenaires s'engagent à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus par des campagnes de vaccination antipoliomyélitique intensifiées ;

Reconnaissant que les cas de poliomyélite surviennent de plus en plus rarement en raison de l'intensification des activités d'éradication dans le monde et que tous les Etats Membres renforcent la surveillance de la détection des poliovirus circulants et appliquent les activités de confinement biologique ;

Notant l'important soutien fourni par les partenaires, se félicitant de leur coopération suivie et les invitant à continuer de soutenir les programmes nationaux dans la phase finale de l'action mondiale d'éradication ;

Notant avec préoccupation qu'il reste US $485 millions à financer pour les activités prévues pendant la phase de ratissage et de certification entre 2006 et 2008 ;

Notant par ailleurs que la plupart des cas nouveaux en 2005 provenaient de régions où la transmission des poliovirus autochtones avait déjà été interrompue ;

Notant en outre que les importations de poliovirus dans les zones exemptes de poliomyélite constituent une menace potentielle pour la santé au niveau international ;

Notant enfin l'importance de systèmes de surveillance de qualité dans les pays où la poliomyélite a été éradiquée ;

Rappelant les recommandations en vigueur du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite ;[2]

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres où la poliomyélite est endémique à donner suite à leur engagement à interrompre la transmission du poliovirus sauvage en administrant les vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents appropriés ;

---

[1] Document A59/6.

[2] *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2004, **79**(32): 289-291 ; 2005, **80**(38): 330-331, et 2005, **80**(47): 410-416.

2. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres exempts de poliomyélite à prendre rapidement des mesures de riposte en cas de détection des poliovirus circulants :

1) en menant une enquête initiale, en activant les mesures de riposte locales et, en cas de besoin, en demandant une évaluation des risques par des experts internationaux dans les 72 heures suivant la confirmation du cas indicateur afin d'établir un plan d'action d'urgence ;

2) en mettant en oeuvre au minimum trois tournées de vaccination à grande échelle utilisant un vaccin antipoliomyélitique oral monovalent dirigé contre le type de poliovirus détecté, ou une autre composition vaccinale s'il y a lieu, et en recourant notamment, le cas échéant, à la vaccination porte-à-porte, la première tournée devant avoir lieu dans les quatre semaines suivant la confirmation du cas indicateur, avec un intervalle de quatre semaines entre les tournées suivantes ;

3) en ciblant tous les enfants de moins de cinq ans dans la zone géographique touchée et les zones adjacentes, ou un minimum de deux à cinq millions d'enfants dans les pays très peuplés, moyennant une surveillance indépendante pour déterminer si une couverture vaccinale d'au moins 95 % a été obtenue ;

4) en veillant à ce qu'au moins deux tournées complètes de vaccination antipoliomyélitique soient effectuées dans la zone cible après la détection la plus récente du poliovirus ;

5) en relevant le niveau de la surveillance de la paralysie flasque aiguë à plus de deux cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, pendant la durée de la flambée et au moins les douze mois suivants ;

6) en maintenant une couverture d'au moins 80 % par l'administration systématique du vaccin antipoliomyélitique oral et une surveillance très sensible de la maladie ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que des compétences techniques soient disponibles pour aider les Etats Membres à planifier et à prendre les mesures d'urgence liées à une flambée ;

2) d'aider à mobiliser des fonds pour appliquer des mesures d'urgence en cas de flambée et assurer un approvisionnement suffisant en vaccin antipoliomyélitique oral monovalent ;

3) de conseiller les Etats Membres à risque, sur la base de chaque évaluation des risques, sur les mesures supplémentaires éventuelles à prendre aux niveaux national et international pour réduire toute propagation ultérieure du poliovirus, en tenant compte des recommandations du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite ;

4) de continuer à anticiper d'autres risques susceptibles de faire obstacle à l'éradication de la poliomyélite et à l'avènement d'un monde sans poliomyélite à court et à plus long terme, et de proposer un mécanisme de gestion de ces risques au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session ;

5) de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Huitième séance plénière, 26 mai 2006 –
Commission A, premier rapport)

WHA59.2 Application du Règlement sanitaire international (2005)

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;[1]

Rappelant les résolutions WHA58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international et WHA58.5 sur la pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action ;

Réaffirmant le risque grave pour la santé humaine, notamment celui de l'émergence possible d'un virus pandémique, que présentent les flambées actuelles chez les volailles de grippe aviaire causée par la souche H5N1 hautement pathogène du virus grippal A dans certaines parties d'Asie et ailleurs ;

Notant avec préoccupation la persistance de flambées chez les volailles, celle de cas sporadiques de pathologies humaines graves qui leur sont associées, le caractère endémique du virus dans plusieurs pays, sa propagation vers de nouvelles régions à la faveur des migrations des oiseaux d'eau sauvages, et la propagation ultérieure que l'on prévoit ;

Consciente que ces facteurs, entre autres, ont accru la probabilité d'une pandémie ;

Soulignant l'importance que revêtent le plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe ainsi que les mesures de lutte qu'il recommande ;[2]

Sachant que la détection rapide des cas humains, reposant sur des capacités nationales adéquates, et la notification rapide et transparente des résultats sous-tendent la capacité de l'OMS à procéder à une évaluation fiable des risques et à déclarer une phase appropriée d'alerte à la pandémie, et qu'elles sont en outre nécessaires pour garantir que les premiers signes épidémiologiques d'une transmissibilité interhumaine accrue du virus sont bien reconnus ;

Consciente que plusieurs dispositions du Règlement sanitaire international (2005) seraient utiles en vue d'une action renforcée et coordonnée de la communauté internationale, tant dans la situation actuelle qu'en cas de pandémie ;

Consciente en outre que la capacité renforcée de réagir à des cas humains de grippe aviaire et à la menace de pandémie qui en découle permettra de mieux faire face à de nombreuses autres maladies infectieuses émergentes et potentiellement épidémiques et d'accroître ainsi la sécurité sanitaire mondiale face à la menace de maladies infectieuses ;

Notant que le Règlement sanitaire international (2005) n'entrera en vigueur que le 15 juin 2007 ;

Rappelant les principales conclusions et recommandations adoptées à une réunion commune organisée par l'OMS, la FAO, l'OIE et la Banque mondiale sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine (Genève, 7-9 novembre 2005) ;

---

[1] Document A59/5.

[2] Document WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5.

Donnant suite à la demande spécifique, formulée au cours de cette réunion, de soumettre des propositions à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent dix-septième session, en vue d'une application volontaire immédiate des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) ;

1. INVITE les Etats Membres à appliquer immédiatement, sur une base volontaire, les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) considérées comme pertinentes au regard du risque présenté par la grippe aviaire et la grippe pandémique ;

2. DECIDE que les dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) seront notamment les suivantes :

1) l'annexe 2, dans la mesure où elle prévoit la notification rapide à l'OMS des cas de grippe humaine causés par un nouveau sous-type de virus ;

2) l'article 4, concernant la désignation ou la mise en place d'un point focal national RSI dans les pays et la désignation de points de contact RSI à l'OMS, ainsi que la définition de leurs fonctions et responsabilités ;

3) les articles du titre II se rapportant à la surveillance, à la communication d'informations, à la consultation, à la vérification et à l'action de santé publique ;

4) les articles 23 et 30 à 32 du titre V concernant les dispositions générales relatives aux mesures de santé publique applicables aux voyageurs à l'arrivée ou au départ et les dispositions spéciales applicables aux voyageurs ;

5) les articles 45 et 46 du titre VIII concernant le traitement des données à caractère personnel et le transport et la manipulation de substances biologiques, réactifs et matériels utilisés à des fins diagnostiques ;

3. NOTE que cette application volontaire ne saurait préjuger de la position d'aucun Etat Membre concernant le Règlement sanitaire international (2005) ;

4. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à désigner ou à mettre en place immédiatement un point focal national RSI, comme le prévoit l'article 4 du Règlement, et à en informer l'OMS dans les 90 jours, ledit point focal étant habilité à communiquer des informations officielles et appelé à soutenir l'évaluation collective des risques avec l'OMS et, si l'Etat Membre en décide ainsi, à y participer ;

2) à suivre, en ce qui concerne les questions liées aux cas humains de grippe aviaire, les dispositifs et les procédures énoncés dans le Règlement pour une maladie pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ;

3) à notifier de manière transparente et urgente tous les cas probables ou confirmés de grippe aviaire, y compris les cas exportés ou importés, et à poursuivre ensuite les communications à l'OMS les concernant ;

4) à diffuser aux centres collaborateurs de l'OMS des informations et matériels biologiques pertinents sur les souches de grippe aviaire et autres nouvelles souches de virus grippal hautement pathogènes en temps utile et régulièrement ;

5) à augmenter la capacité nationale de production de vaccins antigrippaux ou à collaborer avec les Etats voisins pour créer une capacité régionale de production de vaccins en vue d'assurer un approvisionnement suffisant en vaccins au cas où un nouveau virus grippal causerait une urgence de santé publique de portée internationale ;

6) à renforcer la collaboration sur les grippes humaine et zoonosique entre les organismes nationaux responsables de la santé humaine et animale afin de renforcer la surveillance et de prendre des mesures immédiates pour endiguer les poussées de grippe aviaire chez l'homme et l'animal ;

7) à respecter les délais prévus par le Règlement pour entreprendre et mener à bien des activités et des communications urgentes, particulièrement en ce qui concerne la déclaration de cas humains de grippe aviaire, la vérification des faits et les mesures prises pour répondre aux demandes d'informations complémentaires reçues de l'OMS ;

8) à collaborer, notamment par la mobilisation d'un appui financier, à la mise en place, au renforcement et au maintien de la capacité de surveillance et d'action concernant la grippe dans les pays touchés par la grippe aviaire ou la grippe pandémique ;

9) à suivre les recommandations du Directeur général, de même que les conseils techniques de l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe, qui sont jugées nécessaires dans le cadre de l'action internationale face à la grippe aviaire ou à la grippe pandémique ;

10) à informer le Directeur général des mesures prises dans le cadre de l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005) ;

11) à établir un processus pour recenser et surmonter les obstacles – administratifs et juridiques – à la mise en oeuvre du Règlement en temps opportun de manière à promouvoir la participation intersectorielle ;

5. PRIE le Directeur général :

1) de désigner immédiatement des points de contact RSI à l'OMS, comme le prévoit l'article 4 du Règlement ;

2) d'appliquer, dans la mesure du possible et aux fins de la présente résolution, les mesures prévues aux titres II et III du Règlement qui incombent à l'OMS ;

3) d'accélérer encore les mesures prises pour établir une liste d'experts et solliciter des propositions concernant les membres à faire figurer sur la liste, conformément à l'article 47 ;

4) d'utiliser jusqu'à l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (2005) l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe comme dispositif temporaire appelé à conseiller l'Organisation sur la riposte à la grippe aviaire, la phase appropriée d'alerte à la pandémie et les mesures correspondantes qui sont recommandées, la déclaration d'une pandémie de grippe et l'action internationale face à une pandémie ;

5) de collaborer avec les Etats Membres à la mise en oeuvre de la présente résolution, et à l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005), le cas échéant, notamment :

a) en mettant en place ou en facilitant une coopération technique et un appui logistique ;

b) en mobilisant l'aide internationale, y compris l'appui financier, en consultation avec les Etats Membres, surtout pour les pays touchés par la grippe aviaire ou la grippe pandémique ne disposant pas d'une capacité opérationnelle suffisante ;

c) en établissant des lignes directrices pour aider les Etats Membres à renforcer leurs capacités d'action de santé publique face au risque de grippe aviaire et de grippe pandémique ;

d) en constituant des stocks raisonnables des médicaments nécessaires ;

e) en facilitant, en collaboration avec les partenaires internationaux, la mise au point et la production commerciale de vaccins contre la grippe aviaire et la grippe pandémique ;

6) de collaborer avec les Etats Membres dans la mesure du possible pour aider les pays en développement à mettre en place et à renforcer les capacités nécessaires en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;

7) de chercher immédiatement des solutions pour réduire l'actuelle pénurie de vaccins antigrippaux dans le monde, rendre leur accès plus équitable et faire en sorte qu'ils soient plus abordables financièrement pendant les épidémies comme en cas de pandémie mondiale ;

8) de mobiliser et d'affecter spécifiquement les ressources techniques de l'OMS là où cela est possible, en utilisant les capacités disponibles dans les bureaux régionaux et les centres collaborateurs, pour développer et accélérer les activités de formation qui touchent à la surveillance, à l'alerte et aux interventions en cas d'épidémie, aux services de laboratoire y compris le maillage régional des laboratoires, à la biosécurité et au contrôle de qualité, afin d'aider les Etats Membres à mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005) ;

9) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session, sur l'application de la présente résolution et de faire ensuite rapport chaque année sur les progrès réalisés en vue d'aider les Etats Membres pour l'application et la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005).

(Huitième séance plénière, 26 mai 2006 –
Commission A, premier rapport)

WHA59.3 Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Attentive au principe primordial énoncé dans la Constitution de l'OMS, selon lequel la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix et de la sécurité ;

Rappelant toutes ses résolutions antérieures sur la situation sanitaire dans les territoires arabes occupés ;

Accueillant avec satisfaction le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;[1]

Préoccupée par la dégradation de la situation économique et sanitaire et par la crise humanitaire résultant de l'occupation persistante et des graves restrictions imposées par Israël, puissance occupante ;

Préoccupée également par la crise sanitaire et le niveau croissant de l'insécurité alimentaire dans le territoire palestinien occupé due à la retenue par Israël des recettes douanières palestiniennes et à l'arrêt de l'aide extérieure ;

Affirmant la nécessité de garantir la couverture universelle par les services de santé et de maintenir le fonctionnement des services de santé publique dans le territoire palestinien occupé ;

Reconnaissant que la pénurie aiguë de ressources financières et médicales qui touche le Ministère palestinien de la Santé chargé du fonctionnement et du financement des services de santé publique compromet l'accès de la population palestinienne aux services curatifs et préventifs ;

Affirmant le droit des patients et du personnel médical palestiniens aux services de santé disponibles dans les établissements de santé palestiniens de Jérusalem-Est occupée ;

Déplorant les assauts répétés de l'armée israélienne contre les ambulances et le personnel médical palestiniens et les entraves apportées à leur liberté de mouvement, en violation du droit humanitaire international ;

1. EXIGE qu'Israël lève le bouclage du territoire palestinien occupé, en particulier le bouclage des points de passage de la Bande de Gaza occupée, qui est à l'origine de la grave pénurie de médicaments et de fournitures médicales constatée à cet endroit ;

2. EXIGE qu'Israël arrête la construction du mur et le démolisse, et s'acquitte des obligations juridiques dont il est fait mention dans l'avis consultatif rendu par la Cour internationale de Justice le 9 juillet 2004 ;

3. SE DECLARE profondément préoccupée par les graves conséquences du mur sur l'accessibilité et la qualité des services médicaux fournis à la population palestinienne dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ;

4. SE DECLARE également très préoccupée par les graves conséquences pour les femmes enceintes et les patients des restrictions imposées par Israël à la circulation des ambulances et du personnel médical palestiniens ;

5. ENGAGE INSTAMMENT Israël, puissance occupante, à assumer ses responsabilités concernant les besoins humanitaires du peuple palestinien, conformément au droit humanitaire international ;

6. EXIGE qu'Israël, puissance occupante, verse régulièrement et sans retard à l'Autorité palestinienne ses recettes douanières pour permettre à celle-ci de s'acquitter de ses responsabilités concernant les besoins essentiels de l'être humain, y compris les services de santé ;

---

[1] Document A59/24.

7. DEMANDE à Israël, puissance occupante, de renoncer immédiatement à toutes ses pratiques et politiques et tous ses plans, y compris le régime de bouclage, qui affectent gravement l'état de santé des civils sous occupation ;

8. DEMANDE INSTAMMENT aux Etats Membres et aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales d'aider à résoudre la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé en portant assistance au peuple palestinien ;

9. DEMANDE aux Etats Membres de soutenir financièrement les services de santé publique et les services vétérinaires afin de mettre en oeuvre le plan national palestinien destiné à prévenir la propagation de la grippe aviaire dans le territoire palestinien occupé ;

10. REMERCIE vivement le Directeur général de ses efforts pour apporter l'assistance nécessaire au peuple palestinien dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;

11. PRIE le Directeur général :

1) d'organiser une réunion d'urgence d'une journée sur la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé ;

2) de seconder les services sanitaires et vétérinaires palestiniens dans la création d'un laboratoire moderne de santé publique capable de diagnostiquer la grippe aviaire chez l'homme et chez l'animal ;

3) de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;

4) de fournir une assistance technique en matière de santé à la population syrienne du Golan syrien occupé ;

5) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour faire face aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des handicapés et des blessés ;

6) de soutenir le développement du système de santé en Palestine, y compris des ressources humaines ;

7) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, premier rapport)

WHA59.4 Onzième programme général de travail, 2006-2015

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de onzième programme général de travail, 2006-2015,[1] que lui a soumis le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration au nom du Conseil exécutif ;

Notant que le programme général de travail est centré sur les activités et les responsabilités de l'OMS en tant qu'institution mondiale spécialisée dans le domaine de la santé et sur son rôle dans la santé à l'échelle mondiale, tout en examinant l'interdépendance des nombreux secteurs et disciplines qui influent sur la santé ;

Consciente que le contexte de la santé internationale évolue et que l'OMS et ses partenaires doivent réagir efficacement à cette évolution ;

Notant que le programme général de travail appelle à oeuvrer collectivement pour améliorer la santé au cours des dix ans à venir en proposant un programme mondial d'action sanitaire ;

Reconnaissant que le programme général de travail, qui définit les grandes orientations de l'action de l'OMS, est conçu comme la première étape du processus de gestion fondée sur les résultats engagé par l'OMS ;

Se félicitant du cadre qu'offre le programme général de travail et notant avec satisfaction qu'il sous-tend le plan stratégique à moyen terme en préparation, lequel cherche à donner une orientation plus stratégique à la planification, au suivi et à l'évaluation effectués par le Secrétariat et à la collaboration de l'Organisation avec ses partenaires ;

1. APPROUVE le onzième programme général de travail, 2006-2015 ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à définir leur rôle et les mesures particulières à prendre pour mener à bien le programme mondial d'action sanitaire, et à encourager les partenariats pluridisciplinaires ;

3. INVITE les organisations intéressées du système des Nations Unies, les partenaires et organismes internationaux d'aide au développement, les organisations non gouvernementales et le secteur privé à envisager d'harmoniser leur action avec le programme mondial d'action sanitaire qui figure dans le onzième programme général de travail ;

4. PRIE le Directeur général de fonder la planification stratégique, le suivi et l'évaluation de l'action de l'OMS sur le onzième programme général de travail pendant la période 2006-2015, de revoir et d'actualiser au besoin le programme pour tenir compte de l'évolution de la santé dans le monde, et de faire rapport, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé et à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application du onzième programme général de travail et sur sa pertinence.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, premier rapport)

[1] Document A59/25.

WHA59.5 Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, et les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés ;[1]

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, le droit de vote de l'Afghanistan, d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine, de l'Arménie, des Comores, de la Guinée-Bissau, du Kirghizistan, du Libéria, de Nauru, du Niger, de la République centrafricaine, de la République dominicaine, de la Somalie et du Turkménistan restait suspendu, et que cette suspension doit se prolonger jusqu'à ce que les arriérés de l'Etat Membre concerné aient été ramenés, à la présente ou à une future Assemblée de la Santé, à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

Notant qu'à la date de l'ouverture de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, la Dominique et la République démocratique du Congo étaient redevables d'arriérés de contributions dans une mesure telle que l'Assemblée de la Santé doit examiner, conformément à l'article 7 de la Constitution, s'il y a lieu ou non de suspendre le droit de vote de ces Membres à l'ouverture de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé ;

DECIDE :

1) que, conformément aux principes énoncés dans la résolution WHA41.7, si, à la date de l'ouverture de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, la Dominique et la République démocratique du Congo sont encore redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, leur droit de vote sera suspendu à partir de cette date ;

2) que toute suspension ainsi décidée se prolongera à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et aux Assemblées ultérieures jusqu'à ce que les arriérés de la Dominique et de la République démocratique du Congo aient été ramenés à un niveau inférieur au montant qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ;

3) que cette décision est sans préjudice du droit de tout Membre de demander le rétablissement de son droit de vote conformément à l'article 7 de la Constitution.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, premier rapport)

[1] Document A59/26.

WHA59.6 Arriérés de contributions : Afghanistan

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, et les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés,[1] compte tenu de la proposition faite par l'Afghanistan concernant le règlement de ses arriérés de contributions ;

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de l'Afghanistan à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;

2. ACCEPTE que l'Afghanistan verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US $232 500, en 14 annuités payables au cours de chacune des années de 2007 à 2020, selon l'échéancier ci-dessous, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US $
2007	16 600
2008	16 600
2009	16 600
2010	16 600
2011	16 600
2012	16 600
2013	16 600
2014	16 600
2015	16 600
2016	16 600
2017	16 600
2018	16 600
2019	16 600
2020	16 700
Total	**232 500**

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si l'Afghanistan ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de l'Afghanistan.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, premier rapport)

[1] Document A59/26.

WHA59.7 Arriérés de contributions : Arménie

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, et les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés,[1] compte tenu de la proposition faite par l'Arménie concernant le règlement de ses arriérés de contributions ;

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de l'Arménie à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;

2. ACCEPTE que l'Arménie verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US $2 446 150, en 18 annuités payables au cours de chacune des années de 2006 à 2023, selon l'échéancier ci-dessous, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US $
2006	45 300
2007	45 300
2008	67 950
2009	67 950
2010	90 600
2011	90 600
2012	113 250
2013	113 250
2014	135 900
2015	135 900
2016	158 550
2017	158 550
2018	181 200
2019	181 200
2020	203 850
2021	203 850
2022	226 500
2023	226 450
Total	**2 446 150**

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si l'Arménie ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de l'Arménie.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, premier rapport)

[1] Document A59/26.

WHA59.8 Arriérés de contributions : République centrafricaine

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, et les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés,[1] compte tenu de la proposition faite par la République centrafricaine concernant le règlement de ses arriérés de contributions ;

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de la République centrafricaine à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;

2. ACCEPTE que la République centrafricaine verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US $164 841, en 5 annuités payables au cours de chacune des années de 2006 à 2010, selon l'échéancier ci-dessous, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US $
2006	32 970
2007	32 970
2008	32 970
2009	32 970
2010	32 961
Total	**164 841**

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si la République centrafricaine ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de la République centrafricaine.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, premier rapport)

WHA59.9 Arriérés de contributions : République dominicaine

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, et les

[1] Document A59/26.

dispositions spéciales pour le règlement des arriérés,[1] compte tenu de la proposition faite par la République dominicaine concernant le règlement de ses arriérés de contributions ;

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote de la République dominicaine à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;

2. ACCEPTE que la République dominicaine verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US $1 019 572, en 15 annuités payables au cours de chacune des années de 2006 à 2020, selon l'échéancier ci-dessous, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US $
2006	67 970
2007	67 970
2008	67 970
2009	67 970
2010	67 970
2011	67 970
2012	67 970
2013	67 970
2014	67 970
2015	67 970
2016	67 970
2017	67 970
2018	67 970
2019	67 970
2020	67 992
Total	**1 019 572**

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si la République dominicaine ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement de la République dominicaine.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, premier rapport)

WHA59.10 Arriérés de contributions : Turkménistan

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'état du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de

[1] Document A59/26.

contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution, et les dispositions spéciales pour le règlement des arriérés,[1] compte tenu de la proposition faite par le Turkménistan concernant le règlement de ses arriérés de contributions ;

1. DECIDE de rétablir les privilèges attachés au droit de vote du Turkménistan à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;

2. ACCEPTE que le Turkménistan verse ses arriérés de contributions, d'un montant total de US $1 259 014, en 10 annuités payables au cours de chacune des années de 2006 à 2015, selon l'échéancier ci-dessous, en sus des contributions annuelles dues pendant cette période :

	US $
2006	125 900
2007	125 900
2008	125 900
2009	125 900
2010	125 900
2011	125 900
2012	125 900
2013	125 900
2014	125 900
2015	125 914
Total	**1 259 014**

3. DECIDE que, conformément à l'article 7 de la Constitution, les privilèges attachés au droit de vote seront automatiquement suspendus de nouveau si le Turkménistan ne remplit pas les conditions énoncées dans le paragraphe 2 ci-dessus ;

4. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur la situation telle qu'elle se présentera alors ;

5. PRIE le Directeur général de communiquer la présente résolution au Gouvernement du Turkménistan.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, premier rapport)

WHA59.11 Nutrition et VIH/SIDA

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la nutrition et le VIH/SIDA ;[2]

Rappelant la résolution WHA57.14 invitant instamment les Etats Membres, notamment, à appliquer des politiques et des pratiques de nature à promouvoir l'intégration de la nutrition dans une riposte globale au VIH/SIDA ;

[1] Document A59/26.

[2] Document A59/7.

Tenant compte des efforts consentis par l'OMS pour favoriser l'accès au traitement antirétroviral dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et pour assurer un ensemble complet de soins et de mesures d'appui aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ;

Rappelant les recommandations de la consultation technique de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique (Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005), fondées sur les principales conclusions d'un examen détaillé des dernières données scientifiques sur les besoins en macronutriments et micronutriments des personnes infectées par le VIH, y compris les femmes enceintes et allaitantes et les malades sous traitement antirétroviral ;[1]

Notant qu'une alimentation et une nutrition adéquates sont souvent considérées comme les besoins les plus immédiats et critiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou touchées par la pandémie ;

Attentive au fait que la nutrition et la sécurité alimentaire supposent une action systématique et simultanée pour relever les défis de la pandémie ;

Consciente des interactions complexes entre la nutrition et le VIH/SIDA et du risque accru d'infections opportunistes et de malnutrition ;

Notant que certains Etats Membres disposent déjà de politiques et de programmes en matière de nutrition et de VIH/SIDA pouvant servir de base à la définition de priorités et de plans de travail ;

Soulignant qu'il est important de collaborer dans ce domaine avec d'autres organismes du système des Nations Unies, en particulier la FAO, l'UNICEF et le PAM ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire de la nutrition une partie intégrante de leur riposte au VIH/SIDA en déterminant les interventions nutritionnelles susceptibles d'être immédiatement intégrées à la programmation concernant le VIH/SIDA, notamment celles ayant pour but :

a) de renforcer l'engagement politique en matière de nutrition et de VIH/SIDA dans le cadre de leur programme d'action sanitaire ;

b) de renforcer les composantes nutritionnelles des politiques et programmes concernant le VIH/SIDA et de veiller à ce que les politiques et programmes nationaux de nutrition traitent aussi des questions relatives au VIH/SIDA ;

c) de mettre au point des outils spécifiques permettant de mieux sensibiliser les décideurs à la nécessité d'inclure d'urgence la nutrition dans les programmes de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH/SIDA et de prendre les mesures requises pour le faire ;

d) d'évaluer les politiques et programmes existants liés à la nutrition et au VIH/SIDA et de repérer les lacunes à combler et les occasions à saisir pour intégrer les interventions en matière de nutrition ;

[1] Document EB116/12, annexe.

e) d'assurer une collaboration et une coordination plurisectorielles étroites entre les secteurs financier, de l'agriculture, de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de la nutrition ;

2) à renforcer ou réviser les lignes directrices et les outils d'évaluation, ou à en établir de nouveaux, pour les soins et le soutien nutritionnels aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA à différents stades de la maladie et pour des modes d'application du traitement antirétroviral en fonction du sexe et de l'âge, prévoyant, entre autres, un conseil nutritionnel et la prise en compte des besoins nutritionnels particuliers des populations vulnérables et marginalisées ;

3) à soutenir et développer les interventions permettant d'améliorer la nutrition et de prendre en charge la malnutrition sévère chez le nourrisson et le jeune enfant dans le contexte du VIH :

a) en appliquant intégralement la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et notamment l'approche de l'alimentation dans des situations de difficulté exceptionnelle, ainsi que le cadre du système des Nations Unies pour une action prioritaire concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson ;[1]

b) en renforçant la capacité du personnel hospitalier et des agents de santé communautaires, des mères, des membres de la famille et des autres personnes qui s'en occupent afin d'améliorer les soins apportés aux enfants gravement malnutris exposés au VIH/SIDA ou infectés par le virus ;

c) en encourageant la relance de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » dans l'optique du VIH/SIDA ;

d) en accélérant la formation à l'utilisation des lignes directrices et outils concernant les programmes d'alimentation du nourrisson qui offrent des conseils en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et en généralisant l'emploi de ces lignes directrices et outils ;

e) en veillant à ce que les établissements qui forment des agents de santé réexaminent leurs programmes d'études et les mettent en conformité avec les recommandations actuelles ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer les avis techniques fournis aux Etats Membres en vue d'intégrer des considérations nutritionnelles dans les politiques et programmes concernant le VIH et le SIDA ;

2) de soutenir la mise au point d'outils permettant de mieux sensibiliser les décideurs à la nécessité d'inclure d'urgence la nutrition et le VIH/SIDA parmi les priorités du programme d'action sanitaire ;

3) de fournir, en priorité, un appui à la mise au point et à la diffusion de recommandations, de lignes directrices et d'outils scientifiques sur les soins et le soutien nutritionnels aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ;

---

[1] Organisation mondiale de la Santé. *VIH et alimentation de l'enfant : cadre pour actions prioritaires.* Genève, 2004.

4) de contribuer à intégrer la nutrition à la formation des agents de santé, y compris la formation préalable, au conseil technique ainsi qu'aux matériels de formation concernant l'action aux niveaux communautaire et familial et en situation d'urgence ;

5) de continuer à promouvoir les activités de recherche concernant la nutrition et le VIH/SIDA afin de combler les lacunes théoriques et pratiques ;

6) de soutenir la mise au point d'indicateurs appropriés permettant de mesurer les progrès accomplis en vue d'intégrer la nutrition dans les programmes concernant le VIH ainsi que les effets des interventions nutritionnelles ;

7) d'assurer la collaboration entre toutes les parties concernées dans ce domaine pour accomplir des progrès sur la base des réalisations de chacune d'elles ;

8) de favoriser la mise au point de lignes directrices en vue d'inclure des interventions appropriées en matière d'alimentation et de nutrition dans les propositions de financement.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, deuxième rapport)

WHA59.12 Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant le rapport sur le VIH/SIDA : accès universel à la prévention, aux soins et au traitement ;[1]

Reconnaissant le rôle de l'OMS en tant qu'organisme coparrainant du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ;

Rappelant les décisions de la dix-septième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (27-29 juin 2005, Genève) ;

Accueillant avec satisfaction le rapport final de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA ;[2]

Notant qu'à cet effet, une meilleure coordination et une harmonisation des efforts ainsi qu'une division claire des responsabilités entre l'ONUSIDA et ses organismes coparrainants seront requises, de même qu'une coordination avec les acteurs nationaux et mondiaux ;

Notant par ailleurs l'accent mis sur le soutien à l'action au niveau des pays et sur le renforcement des ripostes nationales ;

---

[1] Document A59/8.

[2] Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA : rapport final, 14 juin 2005.

Reconnaissant que l'impulsion directrice, l'appropriation par les pays des plans et priorités, la promotion d'une coordination efficace ainsi que l'alignement et l'harmonisation des programmes et du soutien dans les pays sont les déterminants essentiels de l'efficacité des ripostes nationales ;

1. SOUSCRIT aux recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, et appuie d'autre part toutes les décisions connexes qui figurent dans le rapport de la dix-septième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA ;[1]

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à recenser les obstacles et à renforcer la capacité institutionnelle, y compris les ressources humaines, pour accélérer l'application des « trois principes »[2] en fonction des réalités nationales ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de mettre en oeuvre les recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, d'élaborer des plans d'action appropriés en collaboration avec l'ONUSIDA et les autres organismes coparrainants, et de maintenir la dynamique créée par la cellule mondiale de réflexion, dans les délais fixés ;

2) de faire rapport sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session et à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et, par la suite, tous les deux ans, et d'utiliser ce rapport pour informer le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA ;

3) de fournir un soutien technique efficace aux gouvernements et, conformément à la division du travail convenue, de se concentrer sur les domaines dans lesquels l'OMS présente un avantage par rapport à d'autres organismes, en particulier le renforcement des systèmes de santé et des ressources humaines pour la santé nécessaires du fait de l'intensification des interventions.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, troisième rapport)

WHA59.13 Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2004-2005

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport financier et les états financiers vérifiés pour l'exercice 1er janvier 2004-31 décembre 2005 et le rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé ;[3]

---

[1] Document UNAIDS/PCB(17)/05.10.

[2] Un cadre d'action concerté contre le VIH/SIDA jetant la base d'une coordination de l'action de tous les partenaires, une autorité nationale de coordination de la lutte contre le SIDA dotée d'un vaste mandat multisectoriel, et un système concerté de suivi et d'évaluation au niveau du pays.

[3] Documents A59/28 et A59/28 Add.1.

Ayant pris note des deuxième et troisième rapports du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;[1]

ACCEPTE le rapport financier du Directeur général et les états financiers vérifiés pour l'exercice 1er janvier 2004-31 décembre 2005 et le rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA59.14 Traitements du personnel hors classes et du Directeur général

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant acte des recommandations du Conseil exécutif concernant la rémunération du personnel hors classes et du Directeur général ;

1. FIXE le traitement afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à US $160 574 par an avant imposition, d'où un traitement net de US $117 373 (avec personnes à charge) ou de US $106 285 (sans personnes à charge) ;

2. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général à US $217 945 par an avant imposition, d'où un traitement net de US $154 664 (avec personnes à charge) ou de US $137 543 (sans personnes à charge) ;

3. DECIDE que ces ajustements de rémunération prendront effet à compter du 1er janvier 2006.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA59.15 Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;[2]

Rappelant la résolution WHA56.22 sur la participation du secteur de la santé au niveau mondial à l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, qui demandait de soumettre l'approche, une fois parachevée, à l'examen de l'Assemblée de la Santé ;

---

[1] Documents A59/29 et A59/31.

[2] Voir annexe 1.

Rappelant le premier principe de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, à savoir que « Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive, en harmonie avec la nature » ;[1]

Rappelant le paragraphe 23 du Plan d'application de Johannesburg[2] adopté par le Sommet mondial pour le développement durable le 4 septembre 2002, et le paragraphe 56 du document final du Sommet mondial de 2005 adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 2005,[3] dans lesquels les chefs d'Etat et de gouvernement ont décidé de promouvoir une approche stratégique ;

Se félicitant de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, adoptée par la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques à Dubaï (Emirats arabes unis) le 6 février 2006 et comprenant la Déclaration de Dubaï sur la gestion internationale des produits chimiques, la stratégie politique globale et le plan d'action mondial ;

Notant l'approbation de l'approche stratégique par le Conseil d'administration du Programme des Nations Unies pour l'Environnement à sa neuvième session extraordinaire à Dubaï (Emirats arabes unis) le 9 février 2006 ;

Se félicitant du caractère plurisectoriel de l'approche stratégique, de l'esprit de coordination et de coopération entre les organisations participant au Programme interorganisations pour la gestion rationnelle des produits chimiques et du rôle important du PNUE dans l'élaboration et la mise en oeuvre de l'approche stratégique ;

Notant la participation active du secteur de la santé, et notamment de l'OMS, à l'élaboration de l'approche stratégique, laquelle intègre les priorités définies par ce secteur, ainsi que l'a noté la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;[4]

Consciente du rôle de chef de file assumé par l'OMS au niveau international en ce qui concerne les aspects de la gestion rationnelle des produits chimiques ayant trait à la santé humaine ;

Consciente également de la contribution de l'OMS à la gestion rationnelle des produits chimiques par l'intermédiaire du Programme international sur la sécurité des substances chimiques, auquel coopèrent l'OIT, l'OMS et le PNUE, et du programme conjoint de coopération OMS/OIT concernant la santé au travail ;

Reconnaissant la nécessité de prendre en compte les intérêts sanitaires des pays dans la mise en oeuvre de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;

1. PREND ACTE de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques comprenant la Déclaration de Dubaï sur la gestion internationale des produits chimiques, la stratégie politique globale et le plan d'action mondial ;[5]

---

[1] Document A/CONF.151/26 (Vol. I), principe 1.

[2] Rapport du Sommet mondial pour le développement durable, Johannesburg (Afrique du Sud), 26 août-4 septembre 2002 (publications des Nations Unies, numéro de vente F.03.II.A.1), chapitre I, résolution 2, annexe.

[3] Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

[4] Document WHA58/2005/REC/3, procès-verbal de la onzième séance de la Commission A.

[5] Document UNEP/GCSS.IX/6/Add.1.

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à prendre pleinement en compte les aspects sanitaires de la sécurité chimique dans la mise en oeuvre au niveau national de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ;

2) à participer aux efforts déployés aux niveaux national, régional et international pour mettre en oeuvre l'approche stratégique, et notamment à la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques ;

3) à nommer, selon qu'il conviendra, un point focal national du secteur de la santé pour l'approche stratégique, chargé de maintenir le contact avec l'OMS ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de faciliter la mise en oeuvre par le secteur de la santé de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, en mettant l'accent sur les volets en rapport avec la santé humaine ;

2) d'apporter un soutien à la mise en oeuvre de l'approche stratégique en collaborant avec les partenaires du Programme interorganisations pour la gestion rationnelle des produits chimiques et du Programme international sur la sécurité des substances chimiques, ainsi qu'avec l'OIT sur les questions en rapport avec la santé au travail traitées par l'approche stratégique ;

3) d'informer, au nom de l'Assemblée de la Santé, la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de sa résolution.[1]

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA59.16 Amendements aux Statuts de la Commission du Codex Alimentarius

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les amendements aux Statuts de la Commission du Codex Alimentarius ;[2]

Ayant examiné la recommandation de la vingt-huitième session de la Commission du Codex Alimentarius tendant à ce que la Conférence de la FAO et l'Assemblée de la Santé modifient les Statuts de la Commission en supprimant toute référence à la procédure d'acceptation des normes ;

Notant que les amendements susmentionnés n'entreront en vigueur qu'après avoir été approuvés par la Conférence de la FAO et par l'Assemblée de la Santé ;

[1] Résolution 1, paragraphe 3, intégrée au document UNEP/GCSS.IX/6/Add.1, Annexe III.

[2] Document A59/38.

Considérant que la trente-troisième session de la Conférence de la FAO a adopté les amendements aux Statuts de la Commission du Codex Alimentarius conformément à la recommandation de ladite Commission ;

APPROUVE l'article 1 amendé des Statuts de la Commission du Codex Alimentarius reproduit en annexe à la présente résolution.

Annexe

ARTICLE 1

La Commission du Codex Alimentarius est chargée, dans les conditions prévues à l'article 5 des présents Statuts, d'adresser des propositions aux Directeurs généraux de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et sera consultée par eux en ce qui concerne toutes les questions intéressant la mise en oeuvre du Programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires, dont l'objet est de :

a) protéger la santé des consommateurs et assurer des pratiques loyales dans le commerce alimentaire ;

b) promouvoir la coordination de tous les travaux en matière de normes alimentaires entrepris par des organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales ;

c) établir un ordre de priorité et prendre l'initiative et guider la conduite du travail de préparation des projets de normes, par l'intermédiaire des organisations compétentes et avec leur aide ;

d) mettre au point les normes préparées comme indiqué au paragraphe c) et les publier dans un Codex Alimentarius, soit comme normes régionales soit comme normes mondiales, avec les normes internationales déjà mises au point par d'autres organismes comme mentionné au paragraphe b) ci-dessus, chaque fois que cela sera possible ;

e) modifier, le cas échéant, les normes déjà publiées en fonction de l'évolution de la situation.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA59.17 Résultats de la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les résultats de la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ;[1]

[1] Document A59/40.

Rappelant les résolutions WHA49.17 et WHA52.18 préconisant l'élaboration de la Convention-cadre conformément à l'article 19 de la Constitution de l'OMS, ainsi que la résolution WHA56.1 adoptant la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ;

Reconnaissant la nécessité urgente pour toutes les Parties contractantes de respecter leurs obligations en vertu de la Convention-cadre, et notant le rôle essentiel que doit jouer un secrétariat permanent de la Convention à cet égard ;

Réaffirmant l'objectif de la Convention-cadre tel qu'il est énoncé à l'article 3 de la Convention ;

1. SE FELICITE du succès de la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac qui a eu lieu à Genève du 6 au 17 février 2006 ;

2. PREND ACTE de la décision de la Conférence des Parties d'établir un secrétariat permanent de la Convention ;[1]

3. PRIE le Directeur général :

1) de mettre en place un secrétariat permanent de la Convention dans le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé et basé à Genève, conformément à la décision FCTC/COP1(10) ;

2) de continuer à soutenir et, le cas échéant, à renforcer l'initiative Pour un monde sans tabac en 2008-2009 afin d'aider le Secrétariat de la Convention à appliquer celle-ci conformément à la décision FCTC/COP1(12) ;

4. INVITE les Etats Membres, qui ne l'ont pas encore fait, à envisager de ratifier, d'accepter, d'approuver, de confirmer formellement la Convention ou d'y adhérer le plus rapidement possible.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA59.18 Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. Article 14 : envoi des documents

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA51.30 sur la méthode de travail de l'Assemblée de la Santé qui priait le Directeur général de faire en sorte que les documents destinés aux prochaines sessions des organes directeurs soient envoyés et soient disponibles sur Internet dans les six langues officielles 30 jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session ;

Préoccupée par le fait que les documents relatifs à l'ordre du jour des sessions de l'Assemblée de la Santé sont disponibles sur Internet et envoyés de plus en plus tardivement ;

[1] Décision FCTC/COP1(10).

Soulignant que les Etats Membres, surtout ceux dont la langue nationale n'est pas l'une des langues officielles de l'Organisation, doivent recevoir les documents suffisamment tôt afin de se préparer de manière satisfaisante à participer aux travaux de l'Assemblée de la Santé ;

Notant que l'article 5 du Règlement intérieur du Conseil exécutif prévoit que le Directeur général envoie les documents en vue de chaque session ordinaire du Conseil exécutif pas moins de six semaines avant le début de ladite session ;

DECIDE, conformément à l'article 121 du Règlement intérieur de l'Assemblée de la Santé, d'amender l'article 14 dudit Règlement, désormais libellé comme suit :

Article 14

Des exemplaires de tous les rapports et autres documents relatifs à l'ordre du jour provisoire d'une session sont rendus accessibles sur Internet et envoyés par le Directeur général aux Membres et aux Membres associés, ainsi qu'aux organisations intergouvernementales invitées à participer à la session, en même temps que l'ordre du jour provisoire ou pas moins de six semaines avant le début d'une session ordinaire de l'Assemblée de la Santé ; les rapports et documents appropriés sont également adressés de la même manière aux organisations non gouvernementales admises à des relations avec l'Organisation.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, deuxième rapport)

WHA59.19 Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles ;[1]

Rappelant la résolution WHA46.37 qui reconnaissait le rôle des autres maladies sexuellement transmissibles dans la propagation du VIH, la résolution WHA53.14 qui priait le Directeur général de mettre au point une stratégie globale du secteur de la santé face aux épidémies de VIH/SIDA et d'infections sexuellement transmissibles, la résolution WHA56.30 qui prenait note de la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA et la résolution WHA57.12 qui approuvait la stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique ;

Reconnaissant et réaffirmant qu'au Sommet mondial de 2005 (New York, 14-16 septembre 2005), les dirigeants mondiaux se sont engagés à assurer l'accès universel à la santé génésique d'ici 2015, comme énoncé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, septembre 1994), et à intégrer cet objectif dans les stratégies visant à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, qui consistent à réduire la mortalité maternelle, améliorer la santé maternelle, réduire la mortalité de l'enfant, promouvoir l'égalité des sexes, combattre le VIH/SIDA et

[1] Voir annexe 2.

réduire la pauvreté, et reconnaissant en outre que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement suppose un investissement et un engagement politique en faveur de la santé sexuelle et génésique, laquelle englobe la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ;[1]

1. FAIT SIENNE la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, reconnaissant que les interventions « adaptées à l'âge » sont celles qui tiennent compte des droits des personnes et de leurs besoins en matière de santé et de développement et qui donnent accès à l'information sur la santé sexuelle et génésique, aux savoir-faire pratiques, à l'éducation et aux soins et, dans le cas des jeunes, en fonction de l'évolution de leurs capacités ;

2. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) d'adopter la stratégie et de s'en inspirer, selon le contexte national, afin de veiller à ce que les efforts consentis par les pays pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement comprennent un plan et des mesures, adaptés à la situation épidémiologique locale, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, y compris la mobilisation de la volonté politique et des ressources financières nécessaires à cette fin ;

2) de veiller à ce que la lutte contre les infections sexuellement transmissibles fasse partie intégrante de la prévention du VIH et des programmes de santé sexuelle et génésique ;

3) de suivre l'application des plans nationaux afin que les populations exposées à un risque accru d'infections sexuellement transmissibles aient accès aux informations et aux moyens de prévention, ainsi qu'à un diagnostic et un traitement rapides ;

3. PRIE le Directeur général :

1) d'élaborer un plan d'action, en collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies, énonçant les priorités, les mesures, un calendrier et des indicateurs de performance pour l'application de la stratégie aux niveaux mondial et régional, et de soutenir l'application au niveau des pays et le suivi des plans nationaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles ;

2) de mieux sensibiliser les Etats Membres à l'importance de l'élaboration, de la promotion et du financement de lois, de plans et de stratégies à l'appui de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ;

3) d'apporter un soutien aux Etats Membres qui en font la demande pour l'adaptation et l'application de la stratégie, compte tenu de l'épidémiologie locale des infections sexuellement transmissibles, et d'en évaluer l'impact et l'efficacité ;

4) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif en 2009, 2012 et 2015, sur les progrès accomplis dans l'application de la stratégie.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, quatrième rapport)

[1] Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

WHA59.20 Drépanocytose

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la drépanocytose ;[1]

Rappelant la résolution WHA57.13 sur la génomique et la santé dans le monde, ainsi que le débat du Conseil exécutif à sa cent seizième session sur la lutte contre les maladies génétiques, qui ont reconnu le rôle des services de génétique dans l'amélioration de la santé dans le monde et dans la réduction des écarts mondiaux en matière de santé ;[2]

Rappelant la décision Assembly/AU/Dec.81 (V) de l'Assemblée de l'Union africaine à sa cinquième session ordinaire ;

Notant les conclusions du Quatrième Symposium international africain-américain sur la drépanocytose (Accra, 26-28 juillet 2000), ainsi que les résultats des premier et deuxième congrès internationaux de l'Organisation internationale de Lutte contre la Drépanocytose tenus respectivement à Paris les 25 et 26 janvier 2002 et à Cotonou du 20 au 23 janvier 2003 ;

Préoccupée par l'impact des maladies génétiques, et de la drépanocytose en particulier, sur la mortalité et la morbidité mondiales, notamment dans les pays en développement, ainsi que par la souffrance des malades et des familles touchés par la drépanocytose ;

Consciente que la prévalence de la drépanocytose varie selon les communautés et que le manque de données épidémiologiques pertinentes peut rendre difficile une prise en charge efficace et équitable ;

Profondément préoccupée par l'absence de reconnaissance officielle de la drépanocytose comme priorité de santé publique ;

Consciente de l'inégalité actuelle d'accès à des services de génétique sûrs et appropriés partout dans le monde ;

Reconnaissant que, pour être efficaces, les programmes contre la drépanocytose doivent tenir compte des pratiques culturelles et être adaptés au contexte social ;

Reconnaissant par ailleurs que le dépistage prénatal de la drépanocytose soulève des questions éthiques, juridiques et sociales qui demandent à être dûment prises en considération ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres dans lesquels la drépanocytose est un problème de santé publique :

1) à élaborer, mettre en oeuvre et renforcer de façon systématique, équitable et efficace des programmes nationaux intégrés et complets de prévention et de prise en charge de la drépanocytose, incluant la surveillance, la diffusion de l'information, la sensibilisation, le conseil et le dépistage, ces programmes devant être adaptés à la situation socio-économique, à

[1] Document A59/9.

[2] Voir le document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la première séance, section 4.

celle du système de santé et au contexte culturel et viser à réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité associées à cette maladie génétique ;

2) à veiller à ce que des soins d'urgence adéquats, appropriés et accessibles soient proposés aux personnes vivant avec la drépanocytose ;

3) à développer leur capacité d'évaluer la situation de la drépanocytose et l'impact des programmes nationaux ;

4) à intensifier la formation de tous les professionnels de la santé et des volontaires communautaires dans les zones de forte prévalence ;

5) à mettre en place ou renforcer des services systématiques de génétique médicale et de soins complets dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires existants, en partenariat avec les administrations nationales et locales et des organisations non gouvernementales, y compris les organisations de parents ou de patients ;

6) à promouvoir une éducation communautaire pertinente, y compris le conseil en santé et les questions éthiques, juridiques et sociales ;

7) à promouvoir une coopération internationale efficace dans la lutte contre la drépanocytose ;

8) en collaboration avec les organisations internationales, à soutenir la recherche fondamentale et appliquée sur la drépanocytose ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de sensibiliser davantage la communauté internationale à la charge mondiale de la drépanocytose et de promouvoir un accès équitable aux services de santé pour sa prévention et sa prise en charge ;

2) de fournir un appui et des conseils techniques aux Etats Membres en élaborant des politiques et des stratégies nationales de prévention et de prise en charge de la drépanocytose ;

3) de promouvoir et de soutenir :

a) la collaboration interpays pour développer la formation et les compétences du personnel et poursuivre le transfert de technologie et de connaissances de pointe vers les pays en développement ;

b) la construction et l'équipement de centres de recours pour les soins, la formation et la recherche ;

4) de faire en sorte que l'OMS continue à exercer ses fonctions normatives en rédigeant des lignes directrices, y compris des bonnes pratiques et des modèles concrets, sur la prévention et la prise en charge de la drépanocytose en vue d'élaborer des plans régionaux et de favoriser la constitution de groupes régionaux d'experts ;

5) de promouvoir, de soutenir et de coordonner la recherche nécessaire sur les affections drépanocytaires afin d'accroître la durée et la qualité de vie des personnes touchées.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, quatrième rapport)

WHA59.21 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant 2006

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, qui souligne que les pratiques d'alimentation optimales du nourrisson contribuent à la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;[1]

Rappelant l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (résolution WHA34.22), ainsi que les résolutions WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2 et WHA58.32 concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes ;

Réaffirmant, en particulier, la résolution WHA44.33 qui se félicitait de la Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel et la résolution WHA55.25 qui approuvait la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, considérées comme les fondements de l'action en faveur de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement au sein ;

Accueillant avec satisfaction l'appel à l'action figurant dans la Déclaration « Innocenti » 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;

Ayant présent à l'esprit que 2006 marque le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et reconnaissant qu'il est toujours plus d'actualité dans le contexte de la pandémie de VIH/SIDA, que les situations d'urgence complexes d'origine humaine ou naturelle sont de plus en plus fréquentes et que les risques de contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons sont un sujet de préoccupation ;

1. REAFFIRME son soutien en faveur de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;

2. ACCUEILLE FAVORABLEMENT l'appel à l'action figurant dans la Déclaration « Innocenti » 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, qui marque une étape importante dans la réalisation du quatrième objectif du Millénaire pour le développement concernant la réduction de la mortalité de l'enfant ;

3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à soutenir les activités visant à donner suite à cet appel à l'action et, en particulier, à renouveler leur engagement en faveur de politiques et programmes relatifs à la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé, et en faveur de la relance de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au sein ;

4. APPELLE les donateurs multilatéraux et bilatéraux et les institutions financières internationales à affecter des ressources financières aux Etats Membres pour qu'ils puissent mener à bien ces activités ;

---

[1] Document A59/13.

5. PRIE le Directeur général de mobiliser un appui technique en faveur des Etats Membres pour la mise en oeuvre et le suivi indépendant du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé sur la question.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, cinquième rapport)

WHA59.22 Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ;[1]

Consciente des souffrances provoquées par les catastrophes naturelles ou causées par l'homme ;

Notant que la capacité de résistance des nations et des communautés touchées par des crises est entamée par les pressions extrêmes qu'elles subissent au quotidien pendant de longues périodes ;

Préoccupée par l'insuffisance de la préparation aux situations d'urgence dans de nombreux pays et par le fait que les mécanismes existants ne sont pas toujours capables de faire face à des catastrophes de grande envergure, comme les séismes survenus à Bam, en République islamique d'Iran, et, plus récemment, dans le nord de l'Inde et au Pakistan, ou le séisme et le tsunami survenus en Asie du Sud, et les ouragans Katrina et Rita aux Etats-Unis d'Amérique ;

Appréciant les progrès accomplis, en particulier dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, sur le plan de l'organisation des secours à la suite du séisme survenu en Asie du Sud ;

Rappelant la résolution WHA58.1 sur les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, l'accent portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami du 26 décembre 2004, ainsi que la résolution 60/124 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence fournie par les organismes des Nations Unies ;

1. EXPRIME sa sympathie, son soutien et sa solidarité aux victimes des catastrophes, à leur famille et aux gouvernements ;

2. PRIE les Etats Membres de continuer à renforcer leurs programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence, d'organisation des secours, d'atténuation des effets et de relèvement par, selon le cas, des mesures législatives, techniques, financières, logistiques et de planification, en s'attachant plus particulièrement à renforcer la capacité de résistance des systèmes de santé et des communautés ;

3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à apporter leur soutien aux pays touchés ainsi qu'à l'OMS pour que celle-ci puisse intervenir immédiatement, dans le cadre de son mandat, en cas de crise humanitaire dans le domaine de la santé ;

---

[1] Document A59/20.

4. PRIE le Directeur général de prendre les mesures nécessaires, à savoir :

1) fournir aux Etats Membres les conseils et le soutien techniques dont ils ont besoin afin de renforcer les programmes du secteur de la santé pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours aux niveaux tant national que local, en s'attachant plus particulièrement à la préparation et à la capacité de résistance des communautés ;

2) utiliser le cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015, découlant de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes naturelles (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005) pour aider les Etats Membres à évaluer l'état de préparation du secteur de la santé aux situations d'urgence, et notamment la capacité de résistance et de gestion des risques des hôpitaux et autres infrastructures sanitaires essentielles ;

3) faire en sorte que l'OMS, dans le cadre de son mandat, soit en mesure de réagir efficacement aux situations d'urgence et aux crises et, ce faisant, de continuer à collaborer étroitement avec les autres organisations du système des Nations Unies, l'ensemble des activités étant coordonnées par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, et d'autres organisations et mécanismes internationaux compétents ;

5. PRIE le Directeur général en particulier :

1) d'étudier et d'appliquer des mesures pour renforcer la participation de l'OMS à la riposte humanitaire globale dans le cadre des mécanismes existants tels que le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires, le Groupe consultatif international de la recherche et du sauvetage, ou l'équipe des Nations pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe ;

2) de constituer une base de données mondiale de références sanitaires techniques faisant autorité pour faciliter la riposte du secteur de la santé aux situations d'urgence et aux crises ;

3) de mettre en place et de maintenir, en collaboration avec les organisations compétentes du système des Nations Unies et d'autres partenaires, un service de suivi chargé de surveiller et d'apprécier les taux de mortalité dans les situations d'urgence humanitaire ;

4) de prendre part aux mécanismes de logistique et de gestion de l'approvisionnement qui couvrent l'ensemble du système des Nations Unies et qui permettent d'assurer une mobilisation immédiate des fournitures vitales en situation d'urgence et de crise ;

6. PRIE EN OUTRE le Directeur général de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission B, troisième rapport)

WHA59.23 Accélération de la production de personnels de santé

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant le rôle primordial des ressources humaines pour la santé dans le bon fonctionnement des systèmes de santé des pays, souligné dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* ;[1]

Reconnaissant que la pénurie d'agents de santé entrave les efforts entrepris pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et ceux des programmes prioritaires de l'OMS ;

Consciente de l'existence d'alliances qui visent à obtenir un accroissement rapide du nombre d'agents de santé qualifiés dans les pays confrontés à la pénurie par des partenariats entre les pays industrialisés et les pays en développement ;[2]

Rappelant la résolution WHA57.19 sur le défi que posent les migrations internationales des personnels de santé ;

Préoccupée par le fait que dans de nombreux pays, notamment ceux d'Afrique subsaharienne, la capacité de former suffisamment d'agents de santé pour assurer une couverture adéquate de la population fait défaut ;

Préoccupée également par le fait que de nombreux pays ne disposent pas des moyens financiers, des équipements et de formateurs en nombre suffisant pour former un personnel de santé adéquat ;

Consciente de la nécessité d'une politique et d'un plan national complet sur les ressources humaines pour la santé et sachant que la production en est l'un des éléments ;

Reconnaissant qu'il est important de parvenir à l'autosuffisance en matière de développement des personnels de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à affirmer leur engagement en faveur de la formation d'un plus grand nombre d'agents de santé :

1) en envisageant la création de mécanismes pour atténuer l'impact négatif sur les pays en développement de la perte de personnels de santé par le jeu des migrations, y compris de moyens par lesquels les pays industrialisés d'accueil pourraient soutenir le renforcement des systèmes de santé, en particulier le développement des ressources humaines, dans les pays d'origine ;

2) en favorisant la formation dans des établissements accrédités de tout un éventail de professionnels de qualité et aussi d'agents de santé communautaires, d'agents de santé publique et d'agents paramédicaux ;

---

[1] Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

[2] Par exemple, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, dont le secrétariat est à l'OMS.

3) en encourageant les partenaires de l'action de santé mondiale, y compris les donateurs bilatéraux et les partenariats centrés sur les maladies et les interventions prioritaires, à apporter un soutien financier aux établissements de formation en santé dans les pays en développement ;

4) en favorisant le concept des partenariats de formation entre écoles de pays industrialisés et de pays en développement incluant des échanges d'enseignants et d'étudiants ;

5) en encourageant la création d'équipes de planification dans chaque pays touché par une pénurie d'agents de santé, en faisant appel à un plus large éventail de partenaires, dont des associations professionnelles, les secteurs public et privé et des organisations non gouvernementales, pour qu'ils formulent une stratégie nationale complète concernant les personnels de santé et envisagent notamment des mécanismes efficaces de recours à des bénévoles formés ;

6) en utilisant dans les pays industrialisés et les pays en développement des méthodes novatrices d'enseignement fondées sur des matériels pédagogiques de pointe et une formation continue faisant appel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'apporter au besoin un soutien technique aux Etats Membres qui s'efforcent de revitaliser les établissements de formation en santé et d'accroître rapidement les effectifs de personnels de santé ;

2) d'encourager les partenaires de l'action de santé mondiale à fournir un soutien aux établissements de formation en santé ;

3) d'encourager les Etats Membres à participer à des partenariats de formation destinés à améliorer les capacités de formation et la qualité de la formation des professionnels de la santé dans les pays en développement ;

4) d'encourager et de soutenir les Etats Membres pour qu'ils puissent mettre sur pied des équipes de planification des personnels de santé et utiliser dans les pays en développement des méthodes novatrices d'enseignement fondées sur des matériels pédagogiques de pointe et une formation continue faisant appel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;

5) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, sixième rapport)

WHA59.24 Santé publique, innovation, recherche essentielle en santé et droits de propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA56.27 par laquelle le Directeur général était prié d'établir le mandat d'un organe approprié de durée limitée pour recueillir des données et des propositions auprès

des différents acteurs concernés et publier une analyse des droits de propriété intellectuelle, de l'innovation et de la santé publique ;

Rappelant en outre les résolutions WHA52.19, WHA53.14, WHA54.10 et WHA57.14 ;

Ayant examiné le rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique ;[1]

Consciente de la charge croissante due aux maladies et aux affections qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement, particulièrement les femmes et les enfants, et notamment de la charge accrue des maladies non transmissibles ;

Considérant la nécessité de continuer à mettre au point de nouveaux produits[2] sûrs et peu coûteux contre des maladies transmissibles telles que le SIDA, le paludisme et la tuberculose et contre d'autres maladies ou pathologies qui affectent dans une mesure disproportionnée les pays en développement ;

Consciente des occasions offertes par les percées biomédicales et de la nécessité de mieux en tirer parti pour mettre au point de nouveaux produits, afin notamment de répondre aux besoins de la santé publique dans les pays en développement ;

Consciente des progrès considérables réalisés ces dernières années par les gouvernements, l'industrie, les fondations à but non lucratif et les organisations non gouvernementales pour financer des initiatives visant à mettre au point de nouveaux produits contre des maladies touchant les pays en développement et à améliorer l'accès aux produits existants ;

Reconnaissant toutefois qu'une action bien plus large s'impose face à l'ampleur des souffrances et de la mortalité évitables ;

Soucieuse de la nécessité de mettre au point des outils sanitaires appropriés, efficaces et sûrs à l'intention des malades qui vivent dans des milieux défavorisés ;

Considérant qu'il est urgent de mettre au point de nouveaux produits contre des menaces émergentes telles que la tuberculose polypharmacorésistante et contre d'autres maladies infectieuses revêtant une importance particulière pour les pays en développement ;

Consciente de la nécessité de disposer de fonds supplémentaires pour les activités de recherche-développement destinées à la mise au point de nouveaux vaccins, moyens diagnostiques et produits pharmaceutiques, y compris les microbicides, contre des maladies, notamment le SIDA, qui touchent avant tout les pays en développement ;

Reconnaissant l'importance et la nécessité de partenariats public/privé consacrés à la mise au point de nouveaux médicaments essentiels et outils de recherche, et consciente de la nécessité, pour les gouvernements, de définir un programme de santé prioritaire axé sur les besoins et de fournir un appui politique et des sources de financement durables pour ces initiatives ;

---

[1] *Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle.* Rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique. Document CIPH/2006/1.

[2] Le terme « produits » doit être entendu ci-après comme incluant les vaccins, les produits diagnostiques et les médicaments.

Reconnaissant également l'importance des investissements publics et privés pour le développement de nouvelles technologies médicales ;

Considérant qu'un certain nombre de pays en développement ont renforcé leurs capacités de recherche-développement pour la mise au point de nouvelles technologies sanitaires et que leur rôle sera de plus en plus décisif, et reconnaissant la nécessité de continuer à soutenir les activités de recherche menées dans les pays en développement et par ces pays ;

Notant que les droits de propriété intellectuelle constituent un stimulant important pour la mise au point de nouveaux produits liés à la santé ;

Constatant toutefois que ce moyen ne suffit pas pour répondre au besoin de mise au point de nouveaux produits lorsque le marché lucratif potentiel lié à certaines maladies est réduit ou incertain ;

Notant que la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique confirme que l'Accord n'empêche pas, et ne doit pas empêcher, les Membres d'adopter des mesures visant à protéger la santé publique ;

Notant par ailleurs que la Déclaration, tout en réitérant l'engagement en faveur de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), affirme que l'Accord peut et doit être interprété et appliqué de façon à soutenir le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ;

Tenant compte du fait que l'article 7 de l'Accord sur les ADPIC souligne que « la protection et le respect des droits de propriété intellectuelle devraient contribuer à la promotion de l'innovation technologique et au transfert et à la diffusion de la technologie, à l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances technologiques et d'une manière propice au bien-être social et économique, et à assurer un équilibre de droits et d'obligations » ;

Soulignant que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme reconnaît que « toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent » et que « chacun a droit à la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur » ;

Préoccupée par l'incidence que le prix élevé des médicaments a sur l'accès aux traitements ;

Consciente de la nécessité de promouvoir une réflexion nouvelle sur les mécanismes susceptibles de favoriser l'innovation ;

Reconnaissant qu'il est important de renforcer les capacités des institutions et entreprises publiques locales dans les pays en développement pour qu'elles contribuent et participent aux efforts de recherche-développement ;

Notant qu'il est demandé dans le rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique que l'OMS établisse un plan d'action mondial visant à assurer un financement accru et durable en vue de mettre au point des produits permettant de lutter contre des maladies touchant de manière disproportionnée les pays en développement et de les rendre accessibles ;

1. SE FELICITE du rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique et exprime ses remerciements au Président, au Vice-Président et aux membres de la Commission pour le travail accompli ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :[1]

1) à faire de la santé mondiale et des médicaments un secteur prioritaire, à prendre des mesures résolues pour bien définir les priorités de la recherche-développement axées sur les besoins des malades, notamment là où les ressources manquent, et à mettre en oeuvre des initiatives collectives de recherche-développement associant les pays d'endémie ;

2) à examiner les recommandations contenues dans le rapport, à contribuer activement à l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux et à participer activement, avec le Secrétariat et des partenaires internationaux, au soutien des activités essentielles de recherche-développement dans le domaine médical ;

3) à faire en sorte que les progrès des sciences fondamentales et de la biomédecine débouchent sur la mise au point de produits sanitaires améliorés, sûrs et d'un coût abordable – médicaments, vaccins et moyens diagnostiques – répondant aux besoins de tous les malades et utilisateurs, particulièrement ceux qui vivent dans la pauvreté, compte tenu du rôle déterminant de la sexospécificité, et à veiller à ce que ces capacités soient renforcées pour que des médicaments essentiels soient rapidement fournis à la population ;

4) à favoriser la prise en compte dans les accords commerciaux des flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et reconnues par la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;

5) à veiller à ce que le rapport de la Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique figure à l'ordre du jour des comités régionaux de l'OMS en 2006 ;

3. DECIDE :

1) de constituer, conformément à l'article 42 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, un groupe de travail intergouvernemental ouvert à tous les Etats Membres intéressés chargé d'élaborer une stratégie et un plan d'action mondiaux pour fournir un cadre à moyen terme fondé sur les recommandations de la Commission ; cette stratégie et ce plan d'action auront notamment pour objectifs d'assurer une base plus solide et durable pour les activités essentielles de recherche-développement en santé axées sur les besoins, qui intéressent des maladies touchant de manière disproportionnée les pays en développement, de proposer des objectifs et des priorités clairs pour la recherche-développement et d'estimer les besoins financiers en la matière ;

2) que les organisations d'intégration économique régionale constituées d'Etats souverains, Membres de l'OMS, auxquelles leurs Etats Membres ont donné compétence pour les questions visées par la présente résolution, y compris pour l'adhésion à des règlements internationaux juridiquement contraignants, peuvent participer, conformément à l'article 55 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, aux travaux du groupe de travail intergouvernemental mentionné au paragraphe 3.1) ;

3) de demander au groupe de travail susmentionné de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis en accordant une attention particulière à la recherche axée sur les besoins et aux autres domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces ;

[1] Le cas échéant, également les organisations d'intégration économique régionale.

4) que le groupe de travail présentera la version finale de la stratégie et du plan d'action mondiaux à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;

4. PRIE le Directeur général :

1) de réunir immédiatement le groupe de travail intergouvernemental et de lui allouer les ressources nécessaires ;

2) d'inviter, en qualité d'observateurs aux sessions du groupe de travail intergouvernemental, les représentants des Etats non Membres, des mouvements de libération cités dans la résolution WHA27.37, des organisations du système des Nations Unies, des organisations intergouvernementales avec lesquelles l'OMS a établi des relations et des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, qui assisteront aux sessions du groupe de travail en application du Règlement intérieur et des résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé ;

3) d'inviter des experts et un nombre limité d'entités publiques et privées intéressées à assister aux réunions du groupe de travail intergouvernemental et à apporter leurs conseils et leurs compétences techniques, le cas échéant, à la demande du Président, compte tenu de la nécessité d'éviter les conflits d'intérêts ;

4) de continuer à publier des rapports de santé publique sur la recherche-développement cernant, du point de vue de la santé publique, les lacunes et les besoins concernant les produits pharmaceutiques et de présenter périodiquement des rapports à ce sujet ;

5) de continuer à surveiller, du point de vue de la santé publique, en consultation avec d'autres organisations internationales selon qu'il conviendra, l'incidence des droits de propriété intellectuelle et d'autres questions traitées dans le rapport de la Commission sur la mise au point de produits liés à la santé et sur l'accès à ces produits, et de faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, sixième rapport)

WHA59.25 Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ;[1]

Reconnaissant que plus de 161 millions de personnes dans le monde sont atteintes de déficiences visuelles, parmi lesquelles 37 millions d'aveugles, et que, selon les estimations, 75 % des cas de cécité sont évitables ou guérissables par des techniques établies et financièrement abordables ;

Rappelant la résolution WHA56.26 sur l'élimination de la cécité évitable ;

Notant avec inquiétude que 32 % seulement des pays visés avaient rédigé un plan national Vision 2020 en août 2005 ;

[1] Document A59/12.

Reconnaissant les liens entre pauvreté et cécité et le fait que la cécité fait peser une lourde charge économique sur les familles, les communautés et les pays, en particulier les pays en développement ;

Reconnaissant en outre que la lutte contre l'onchocercose et le trachome a progressé grâce à l'engagement de vastes alliances internationales ;

Constatant que de nombreux Etats Membres se sont engagés à fournir un soutien à l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, connue sous le nom de Vision 2020 – le droit à la vue ;

Se félicitant des mesures importantes entreprises aux niveaux sous-régional, régional et international par les Etats Membres en vue de réaliser des progrès notables sur la voie de l'élimination de la cécité évitable moyennant un renforcement de la coopération et de la solidarité internationale ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à redoubler d'efforts pour établir les plans nationaux Vision 2020 demandés dans la résolution WHA56.26 ;

2) à fournir un soutien aux plans Vision 2020 en mobilisant un financement interne ;

3) à inclure la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans les plans et objectifs nationaux de développement ;

4) à promouvoir l'intégration de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans les soins de santé primaires et dans les plans et programmes sanitaires existants aux niveaux régional et national ;

5) à encourager les partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les communautés dans le cadre de programmes et d'activités de prévention de la cécité à tous les niveaux ;

6) à mettre en place et renforcer des services de soins oculaires et à les intégrer dans le système de soins de santé existant à tous les niveaux, y compris la formation et le perfectionnement des agents de santé dans le domaine de la santé oculaire ;

7) à promouvoir et à assurer un meilleur accès aux services de santé en ce qui concerne aussi bien la prévention que le traitement des affections oculaires ;

8) à encourager l'intégration, la coopération et la solidarité entre pays dans les domaines de la prévention et des soins s'agissant de la cécité et des déficiences visuelles ;

9) à mettre à disposition dans les systèmes de santé les médicaments essentiels et les fournitures médicales nécessaires à la santé oculaire ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'accorder la priorité à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables et de fournir l'appui technique nécessaire aux Etats Membres ;

2) de soutenir la collaboration entre les pays pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, en particulier dans le domaine de la formation de toutes les catégories de personnel concernées ;

3) de suivre les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, en collaboration avec les partenaires internationaux, et de faire rapport au Conseil exécutif tous les trois ans ;

4) de faire en sorte que la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables soit prévue dans la mise en oeuvre et le suivi du onzième programme général de travail de l'OMS, et de renforcer les activités nationales, régionales et mondiales de prévention de la cécité ;

5) d'ajouter des activités de prévention de la cécité et des déficiences visuelles dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS et le projet de budget programme 2008-2009 actuellement en préparation ;

6) de renforcer la coopération moyennant des efforts sous-régionaux, régionaux et internationaux en vue de réaliser les objectifs énoncés dans la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, sixième rapport)

WHA59.26 Commerce international et santé

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le commerce international et la santé ;[1]

Rappelant les résolutions WHA52.19, WHA53.14, WHA56.23, WHA56.27, WHA57.14 et WHA57.19 ;

Constatant la demande d'information sur les répercussions possibles du commerce international et des accords commerciaux sur la santé et la politique de santé aux niveaux national, régional et mondial ;

Consciente de la nécessité pour tous les ministères concernés, y compris les ministères de la santé, du commerce, des finances et des affaires étrangères, de travailler ensemble de façon constructive pour veiller à ce que les intérêts du commerce et de la santé soient pris en compte de façon équilibrée et coordonnée ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à promouvoir un dialogue entre les différentes parties prenantes au niveau national afin d'étudier l'interaction entre commerce international et santé ;

2) à adopter, si nécessaire, des politiques, des lois et des réglementations relatives aux questions que ce dialogue aura permis de recenser, ainsi qu'à tirer parti des possibilités et à relever les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la santé, en envisageant, le cas échéant, d'utiliser les flexibilités prévues par ces accords ;

[1] Document A59/15.

3) à appliquer ou à élaborer, si nécessaire, des mécanismes de coordination associant les ministères des finances, de la santé et du commerce, et d'autres institutions compétentes, pour étudier les aspects du commerce international liés à la santé publique ;

4) à établir des relations constructives et interactives entre le secteur public et le secteur privé afin d'assurer la cohérence des politiques commerciales et sanitaires nationales ;

5) à continuer à développer les capacités au niveau national pour rechercher et analyser les possibilités et les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la performance du secteur de la santé et les résultats sur le plan sanitaire ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir un appui aux Etats Membres, à leur demande et en collaboration avec les organisations internationales compétentes, pour qu'ils puissent élaborer des politiques cohérentes de gestion des liens entre commerce et santé ;

2) de répondre aux demandes d'appui des Etats Membres qui s'efforcent de développer leur capacité à mieux comprendre les répercussions du commerce international et des accords commerciaux pour la santé et à traiter les questions pertinentes à travers des politiques et une législation qui tirent parti des possibilités et relèvent les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la santé ;

3) de continuer à collaborer avec les organisations internationales compétentes afin de favoriser la cohérence des politiques des secteurs du commerce et de la santé aux niveaux régional et mondial, y compris en produisant et en échangeant des données factuelles sur les liens entre le commerce et la santé ;

4) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, sixième rapport)

WHA59.27 Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de situation sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux ;[1]

Reconnaissant le rôle primordial des ressources humaines pour la santé dans le bon fonctionnement des systèmes de santé des pays, souligné dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* ;[2]

Reconnaissant également l'importance capitale de la contribution des personnels infirmiers et obstétricaux aux systèmes de santé, à la santé des personnes qu'ils servent et aux activités destinées à

[1] Document A59/23.

[2] Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et ceux des programmes prioritaires de l'OMS ;

Rappelant la résolution WHA57.19 sur le défi que constituent les migrations internationales des personnels de santé ;

Reconnaissant les effets des incitations au départ et des facteurs d'attraction dans les pays concernés ;

Préoccupée par la pénurie durable d'infirmières et de sages-femmes dans de nombreux pays, et par ses répercussions aussi bien sur les soins de santé qu'à un niveau plus général ;

Ayant à l'esprit les résolutions antérieures sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, et notamment les résolutions WHA42.27, WHA45.5, WHA49.1 et WHA54.12, et les orientations stratégiques pour les services infirmiers et obstétricaux établies pour la période 2002-2008 ;[1]

Notant avec préoccupation que des Etats Membres ne reconnaissent pas encore pleinement le rôle des soins infirmiers et obstétricaux dans leurs programmes et leurs pratiques ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à confirmer leur détermination à renforcer les soins infirmiers et obstétricaux par les mesures suivantes :

1) mettre sur pied des programmes complets de développement des ressources humaines qui, dans leurs services de santé, favorisent le recrutement et la fidélisation, tout en assurant une répartition géographique équitable, d'un nombre suffisant de personnels infirmiers et obstétricaux qualifiés et motivés représentant un éventail équilibré de compétences ;

2) associer étroitement les infirmières et les sages-femmes au développement de leurs systèmes de santé et à l'élaboration, à la planification et à la mise en oeuvre de la politique de santé à tous les niveaux, et notamment veiller à ce que les soins infirmiers et obstétricaux soient représentés à tous les niveaux gouvernementaux appropriés et puissent exercer une réelle influence ;

3) garantir des progrès continus en vue de l'application au niveau national des orientations stratégiques de l'OMS en matière de soins infirmiers et obstétricaux ;

4) examiner régulièrement la législation et la réglementation relatives aux soins infirmiers et obstétricaux pour s'assurer qu'ils permettent aux infirmières et aux sages-femmes de jouer un rôle optimal compte tenu de l'évolution de la situation et des besoins ;

5) fournir un appui pour la collecte et l'utilisation de données de base sur les soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre des systèmes nationaux d'information sanitaire ;

6) encourager l'élaboration et l'application de principes éthiques de recrutement, aux niveaux national et international, de personnels infirmiers et obstétricaux ;

---

[1] Organisation mondiale de la Santé. *Orientations stratégiques pour le renforcement des services infirmiers et obstétricaux 2002-2008*. Genève, 2002.

2. PRIE le Directeur général :

1) de garantir la participation des infirmières et des sages-femmes à la planification intégrée des ressources humaines pour la santé, notamment en ce qui concerne les stratégies qui permettront de garder des effectifs suffisants de personnels infirmiers et obstétricaux compétents ;

2) de continuer à fournir un appui au Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux et de recruter des infirmières et des sages-femmes dans tous les programmes pertinents de l'OMS pour faire en sorte que l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique et des programmes de l'OMS bénéficient de la contribution des soins infirmiers et obstétricaux ;

3) de fournir un appui aux Etats Membres, en collaboration avec des partenaires locaux et mondiaux, afin de renforcer l'application de principes éthiques de recrutement ;

4) d'apporter un soutien aux Etats Membres pour qu'ils utilisent au mieux la contribution des personnels infirmiers et obstétricaux à la mise en oeuvre des politiques nationales de santé et à la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

5) d'encourager et de soutenir les Etats Membres pour qu'ils puissent offrir des milieux de travail sûrs qui contribuent à fidéliser les personnels infirmiers et obstétricaux ;

6) de faire rapport à la Soixante et Unième et à la Soixante-Troisième Assemblées mondiales de la Santé en 2008 et 2010 sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006 –
Commission A, sixième rapport)

DECISIONS

WHA59(1) Composition de la Commission de Vérification des Pouvoirs

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a nommé une Commission de Vérification des Pouvoirs comprenant les délégués des douze Etats Membres suivants : Burundi, Cambodge, Chypre, Equateur, Estonie, Guinée-Bissau, Honduras, Jordanie, Nigéria, Pakistan, Pologne et République populaire démocratique de Corée.

(Première séance plénière, 22 mai 2006)

WHA59(2) Composition de la Commission des Désignations

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a élu une Commission des Désignations comprenant les délégués des Etats Membres suivants : Brésil, Cambodge, Canada, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, France, Hongrie, Iran (République islamique d'), Israël, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Kenya, Mauritanie, Népal, Nouvelle-Zélande, Ouganda, République dominicaine, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Soudan, Thaïlande et Zambie, et Mme E. Salgado, Espagne (Président de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, membre de droit).

(Première séance plénière, 22 mai 2006)

WHA59(3) Election du président et des vice-présidents de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu :

Président : Professeur P. I. Garrido (Mozambique)

Vice-Présidents : Dr M. Soledad Barría (Chili), M. A. A. Miguil (Djibouti), M. E. Nicolaescu (Roumanie), Dr S. F. Supari (Indonésie), Pehin Suyoi Osman (Brunéi Darussalam).

(Première séance plénière, 22 mai 2006)

WHA59(4) Election du bureau des commissions principales

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu présidents des commissions principales :

Commission A : Dr A. Ramadoss (Inde)

Commission B : Dr Ali Jaffer Mohammad (Oman).

(Première séance plénière, 22 mai 2006)

Les commissions principales ont ultérieurement élu vice-présidents et rapporteurs :

Commission A : Vice-Présidents, Dr K. Leppo (Finlande) et Dr P. Mazzetti Soler (Pérou)

Rapporteur, Dr A. Cissé (Guinée)

Commission B : Vice-Présidents, Dr F. T. Duque III (Philippines) et M. V. Meriton (Seychelles)

Rapporteur, Dr B. Carey (Bahamas).

(Premières séances des Commissions A et B, 23 et 25 mai 2006)

WHA59(5) Constitution du Bureau de l'Assemblée

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations de la Commission des Désignations, a élu les délégués des dix-sept pays suivants pour faire partie du Bureau de l'Assemblée : Angola, Autriche, Barbade, Chine, Cuba, Egypte, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Nouvelle-Zélande, Panama, République de Moldova, Sénégal, Togo.

(Première séance plénière, 22 mai 2006)

WHA59(6) Adoption de l'ordre du jour

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'ordre du jour provisoire établi par le Conseil exécutif à sa cent dix-septième session, après avoir supprimé deux points et deux points subsidiaires et ajouté un point supplémentaire.

(Deuxième séance plénière, 22 mai 2006)

WHA59(7) Vérification des pouvoirs

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu la validité des pouvoirs présentés par les délégations des Etats Membres suivants : Afghanistan, Afrique du Sud, Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Angola, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahamas, Bahreïn, Bangladesh, Barbade, Bélarus, Belgique, Belize, Bénin, Bhoutan, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Chili, Chine, Chypre, Colombie, Comores, Congo, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatie, Cuba, Danemark, Djibouti, Egypte, El Salvador, Emirats arabes unis, Equateur, Erythrée, Espagne, Estonie, Etats-Unis d'Amérique, Ethiopie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Ghana, Grèce, Grenade, Guatemala, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Haïti, Honduras, Hongrie, Iles Cook, Iles Marshall, Iles Salomon, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Israël, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Kiribati, Koweït, Lesotho, Lettonie, Liban, Libéria, Lituanie, Luxembourg, Madagascar, Malaisie, Malawi, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Micronésie (Etats fédérés de), Monaco, Mongolie, Mozambique, Myanmar,

Namibie, Nauru, Népal, Nicaragua, Niger, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouganda, Ouzbékistan, Pakistan, Palaos, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République de Corée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République de Moldova, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Rwanda, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Marin, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Serbie-et-Monténégro, Seychelles, Sierra Leone, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Suriname, Swaziland, Tadjikistan, Tchad, Thaïlande, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turkménistan, Turquie, Tuvalu, Ukraine, Uruguay, Vanuatu, Venezuela (République bolivarienne du), Viet Nam, Yémen, Zambie, Zimbabwe.

(Cinquième séance plénière, 24 mai 2006)

WHA59(8) Election de Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, après examen des recommandations du Bureau de l'Assemblée,[1] a élu les Etats suivants comme Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif : Afghanistan, Chine, Danemark, Djibouti, El Salvador, Etats-Unis d'Amérique, Lettonie, Mali, Singapour, Slovénie, Sri Lanka et Turquie.

(Huitième séance plénière, 26 mai 2006)

WHA59(9) Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr A. J. Mohammad, délégué de l'Oman, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et M. D. Á. Gunnarsson, délégué de l'Islande, membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour une période de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2009.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006)

WHA59(10) Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de soumettre le texte du projet de résolution intitulé « Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé », incorporant les amendements proposés par des Etats Membres, au Conseil exécutif, à sa cent vingtième session, pour un examen plus approfondi.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006)

---

[1] Document A59/46.

WHA59(11) La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de soumettre le texte du projet de résolution intitulé « La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation », incorporant les amendements proposés par des Etats Membres, au Conseil exécutif, à sa cent vingtième session, pour un examen plus approfondi.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006)

WHA59(12) Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de soumettre le texte du projet de résolution intitulé « Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique », tel qu'il a été proposé par un groupe de travail de la Commission A, au Conseil exécutif, à sa cent vingtième session, pour un examen plus approfondi.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006)

WHA59(13) Choix du pays où se tiendra la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, vu les dispositions de l'article 14 de la Constitution, a décidé que la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé se tiendrait en Suisse.

(Neuvième séance plénière, 27 mai 2006)

WHA59(14) Rapports du Conseil exécutif sur ses cent seizième et cent dix-septième sessions

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné les rapports du Conseil exécutif sur ses cent seizième et cent dix-septième sessions,[1] a pris note des rapports, a félicité le Conseil du travail qu'il avait accompli et a exprimé sa satisfaction du dévouement avec lequel il s'était acquitté des tâches qui lui avaient été confiées.

(Dixième séance plénière, 27 mai 2006)

---

[1] Document A59/2.

ANNEXES

ANNEXE 1

Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques[1]

[A59/41 – 11 mai 2006]

1. Conformément à la résolution WHA56.22 sur la participation du secteur de la santé au niveau mondial à l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, l'approche parachevée est soumise pour examen à l'Assemblée de la Santé. L'approche stratégique a été finalisée et adoptée par la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques (Dubaï, Emirats arabes unis, 4-6 février 2006) à laquelle ont participé les représentants de 151 gouvernements, 9 organisations du système des Nations Unies, 8 organisations intergouvernementales et 47 organisations non gouvernementales. Les participants à la Conférence ont recommandé l'approche à l'attention des organes directeurs des organisations intergouvernementales intéressées. Lors de sa neuvième session extraordinaire (Dubaï, Emirats arabes unis, 7-9 février 2006), le Conseil d'administration du PNUE a adopté une décision approuvant l'approche stratégique parachevée, ainsi que le rôle et les activités du PNUE en rapport avec la mise en oeuvre de cette approche.

Présentation générale de l'approche stratégique

2. L'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques comprend trois volets clés : la Déclaration de Dubaï sur la gestion internationale des produits chimiques, la stratégie politique globale et le plan d'action mondial joints en appendice. Parmi les résolutions adoptées par les participants à la Conférence figuraient des décisions sur les modalités de mise en oeuvre de l'approche, le programme de démarrage rapide et le Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique.

3. L'approche stratégique vise entre autres à répondre aux inquiétudes face au risque que la contamination de l'environnement mondial par les produits chimiques se poursuive, portant ainsi atteinte à la santé et au bien-être de millions de personnes. Elle répond également au besoin déclaré d'évaluer et de gérer plus efficacement les produits chimiques en vue de réaliser l'objectif de 2020, énoncé dans le paragraphe 23 du Plan d'application de Johannesburg,[2] qui concerne la gestion rationnelle des produits chimiques. L'approche stratégique a une portée qui s'étend notamment aux domaines suivants : a) aspects de la sécurité chimique ayant trait à l'environnement, à l'économie, au social, à la santé et au travail, et b) produits chimiques agricoles et industriels, le but étant la promotion du développement durable et le suivi des produits chimiques sur toute la durée de leur cycle de vie, y compris dans les produits en contenant. Elle ne s'applique pas aux produits si les aspects liés à la sécurité des substances et produits chimiques pour la santé et l'environnement sont déjà réglementés par une instance ou une disposition nationale de contrôle alimentaire ou pharmaceutique. Elle ne constitue pas un instrument juridiquement contraignant. Le plan d'action mondial prévoit des activités pouvant être pratiquées librement par les parties prenantes, selon qu'elles leur sont

---

[1] Voir résolution WHA59.15.

[2] Adopté par le Sommet mondial pour le développement durable (Johannesburg, Afrique du Sud, septembre 2002). Le texte du paragraphe 23 figure à l'appendice 2 (additif), p. 70.

applicables ou non, afin de remplir les engagements et les objectifs énoncés dans la déclaration de haut niveau et dans la stratégie politique globale.

4. La Conférence se tiendra à nouveau en 2009, 2012, 2015 et 2020 pour faire périodiquement le point sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'approche stratégique ; le PNUE accueillera le secrétariat de la Conférence. Parmi les autres dispositions institutionnelles destinées à soutenir la mise en oeuvre de l'approche stratégique et à faire le bilan de sa progression figureront notamment des points focaux nationaux, un dispositif de coordination nationale (des processus interministériels étant recommandés), des points focaux régionaux, des réunions régionales (le cas échéant) et, au niveau international, un processus d'examen périodique. En outre, il a été demandé au Programme interorganisations pour la gestion rationnelle des produits chimiques[1] de continuer à assurer la coordination des activités et des programmes de travail des organisations intergouvernementales. L'OMS joue actuellement le rôle d'organe administratif du Programme interorganisations. Il a également été décidé qu'à l'avenir les sessions de la Conférence se tiendraient à la suite des réunions des organes directeurs des organisations intergouvernementales compétentes, selon qu'il convient.[2]

5. L'objectif du programme de démarrage rapide, qui prévoit la mise en place d'un fonds d'affectation spéciale, est d'appuyer le renforcement des capacités et les activités initiales de mise en oeuvre dans les pays en développement, les pays les moins développés, les petits Etats insulaires en développement et les pays à économie de transition. La Conférence a invité les représentants des sept organisations participant au Programme interorganisations pour la gestion rationnelle des produits chimiques et le PNUD à constituer un comité de mise en oeuvre pour les projets financés par le fonds d'affectation spéciale du programme de démarrage rapide ; elle a également décidé d'établir un conseil exécutif du programme de démarrage rapide, composé de deux représentants gouvernementaux de chacun des groupes régionaux établis par l'Organisation des Nations Unies ainsi que de tous les donateurs bilatéraux, multilatéraux et autres contributeurs au programme.

Principaux résultats pour le secteur de la santé

6. Pour le secteur de la santé, y compris l'OMS, les principaux résultats des négociations concernant l'approche stratégique sont liés aux éléments suivants : prise en compte des priorités définies par le secteur de la santé et soumises à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé[3] (voir ci-après) ; confirmation de la nature multisectorielle de l'approche stratégique ; dispositions institutionnelles facilitant la participation du secteur de la santé ; reconnaissance du rôle important du secteur de la santé dans la mise en oeuvre ; confirmation du rôle directeur de l'OMS pour les questions de santé au secrétariat de l'approche stratégique ; et participation de l'OMS au comité de mise en oeuvre du fonds d'affectation spéciale. S'agissant du secrétariat, les participants à la Conférence ont accueilli favorablement la proposition de l'OMS portant sur le financement éventuel d'un poste de la catégorie professionnelle.

7. Les priorités définies par le secteur de la santé et pleinement conformes au texte de l'approche stratégique sont les suivantes :

- améliorer l'accès aux connaissances scientifiques, leur interprétation et leur application ;
- combler les lacunes du savoir scientifique ;

[1] Les organisations participantes sont l'OIT, la FAO, l'OMS, l'Institut des Nations Unies pour la Formation et la Recherche (UNITAR), le PNUE, l'ONUDI et l'OCDE, le PNUD et la Banque mondiale jouant le rôle d'observateurs.

[2] Stratégie politique globale, paragraphe 25.

[3] Document WHA58/2005/REC/3, procès-verbal de la onzième séance de la Commission A.

- élaborer des méthodes d'évaluation des risques chimiques harmonisées au niveau mondial ;
- définir de nouveaux moyens pour déterminer les effets des produits chimiques sur la santé, fixer des priorités d'action et suivre les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'approche stratégique ;
- renforcer les capacités des pays à traiter les intoxications et les incidents chimiques ;
- élaborer des stratégies plus particulièrement axées sur la santé des enfants et des travailleurs ;
- promouvoir la substitution des produits chimiques très toxiques et persistants ;
- élaborer des stratégies de prévention des problèmes de santé et des maladies provoquées par les produits chimiques.

Mesures ultérieures pouvant être prises par le secteur de la santé

8. Ces mesures se répartissent en deux catégories principales : activités de mise en oeuvre axées sur la santé et dispositions institutionnelles. Le secteur de la santé, y compris l'OMS, a une grande expérience du travail requis pour traiter les priorités sanitaires majeures. La mise en oeuvre concernera plus particulièrement les activités de l'approche stratégique intéressant le plus le secteur de la santé aux niveaux national, régional et international. Les participants à la Conférence ont encouragé les organes directeurs des organisations intergouvernementales intéressées à approuver ou à reconnaître d'une manière appropriée l'approche stratégique en vue d'intégrer ses objectifs dans leurs programmes de travail dans le cadre de leur mandat, et à en rendre compte à la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques. L'OMS, pour sa part, pourrait prendre en compte l'approche stratégique dans ses futurs programmes de travail. Par ailleurs, l'activité prioritaire consistant à élaborer des stratégies pour préserver la santé des travailleurs relève aussi du mandat de l'OIT, avec laquelle l'OMS a mis en place un programme conjoint de coopération.

9. Etant donné que la résolution WHA56.22 prie le Directeur général de contribuer au contenu de l'approche stratégique en soumettant des éléments axés sur les préoccupations sanitaires, des dispositions analogues pourraient être prévues pour la mise en oeuvre de cette approche. Compte tenu des dispositions institutionnelles de l'approche, le secteur de la santé, au niveau des pays, pourrait ultérieurement s'engager dans les processus nationaux et régionaux en cours d'établissement. Il conviendrait de mettre en place un point focal national chargé des contacts officiels avec le secrétariat de l'approche stratégique, et certains gouvernements pourraient souhaiter que ces points focaux viennent du secteur de la santé. Dans tous les cas, un réseau de contacts sanitaires nationaux aiderait l'OMS à faciliter les activités de mise en oeuvre incombant au secteur de la santé, le cas échéant par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux.

10. La présence de l'OMS dans le comité de mise en oeuvre du fonds d'affectation spéciale permettra de donner aux considérations sanitaires le poids qui leur est dû lors de l'adoption de décisions de financement.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

11. [L'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA59.15 à sa neuvième séance plénière, le 27 mai 2006.]

Appendice 1

Déclaration de Dubaï sur la gestion internationale des produits chimiques

Nous, ministres, chefs de délégation et représentants de la société civile et du secteur privé, réunis à Dubaï du 4 au 6 février 2006, à l'occasion de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques, déclarons ce qui suit :

1. La gestion rationnelle des produits chimiques est essentielle pour parvenir au développement durable, y compris l'éradication de la pauvreté et de la maladie, l'amélioration de la santé des êtres humains et de l'environnement, ainsi que l'élévation et le maintien du niveau de vie dans tous les pays, quel que soit leur stade de développement ;

2. Des progrès notables, mais cependant insuffisants, ont été accomplis en matière de gestion internationale des produits chimiques dans le cadre de la mise en oeuvre du chapitre 19 d'Action 21[1] et des conventions de l'Organisation internationale du Travail N° 170 concernant la sécurité dans l'utilisation des produits chimiques au travail et N° 174 sur la prévention des accidents industriels majeurs, ainsi que de la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination et des mesures prises s'agissant des produits chimiques particulièrement dangereux, notamment l'entrée en vigueur récente de la Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international et de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, et l'adoption du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques ;

3. Le secteur privé a fait des efforts considérables pour promouvoir la sécurité chimique, en particulier dans le cadre de programmes et d'initiatives volontaires tels que la gérance des produits et le programme Gestion responsable de l'industrie chimique ;

4. Les organisations non gouvernementales qui se consacrent à la santé publique et à l'environnement, les syndicats et d'autres organisations de la société civile ont considérablement contribué à la promotion de la sécurité chimique ;

5. Les progrès dans la gestion des produits chimiques n'ont toutefois pas été suffisants à l'échelle mondiale, et l'environnement planétaire continue de pâtir de la pollution de l'air, de l'eau et du sol, nuisible pour la santé et le bien-être de millions de personnes ;

6. La nécessité d'une action concertée est renforcée par des préoccupations nombreuses et variées en matière de sécurité chimique au niveau international, y compris le manque de capacités de gestion des produits chimiques dans les pays en développement et les pays à économie en transition, la dépendance à l'égard des pesticides dans l'agriculture, l'exposition des travailleurs à des produits chimiques dangereux et l'inquiétude suscitée par les effets à long terme des produits chimiques tant sur la santé des êtres humains que sur l'environnement ;

7. La production, le commerce et l'utilisation des produits chimiques sont en progression au niveau mondial, avec des schémas de croissance qui imposent aux pays en développement et aux pays

---

[1] *Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement*, *Rio de Janeiro, 3-14 juin 1992* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.93.I.8 et rectificatifs), vol. I : *Résolutions adoptées par la Conférence*, résolution 1, annexe II.

à économie en transition, notamment les moins avancés, et aux petits Etats insulaires en développement, des exigences sans cesse plus lourdes en matière de gestion des produits chimiques, ce qui présente pour eux des difficultés particulières pour relever ce défi. C'est pourquoi, des changements fondamentaux sont nécessaires dans la manière dont les sociétés gèrent les produits chimiques ;

8. Nous sommes déterminés à mettre en oeuvre les accords applicables en matière de gestion des produits chimiques auxquels nous sommes Parties, à renforcer la cohérence et les synergies qui existent entre eux et à nous efforcer de combler, selon qu'il conviendra, les lacunes existant dans le cadre des politiques internationales pour les produits chimiques ;

9. Nous nous engageons, dans un esprit de solidarité et de partenariat, à assurer la sécurité chimique et, ce faisant, à aider à lutter contre la pauvreté, à protéger les groupes vulnérables et à renforcer la santé publique et la sécurité des populations ;

10. Nous nous engageons à respecter les droits de l'homme et les libertés fondamentales, à comprendre et respecter l'intégrité des écosystèmes et à combler l'écart entre la réalité présente et notre ambition de rehausser les efforts déployés à l'échelon mondial pour parvenir à une gestion rationnelle des produits chimiques ;

11. Nous sommes inébranlables dans notre engagement à promouvoir la gestion rationnelle des produits chimiques et des déchets dangereux pendant toute la durée de leur cycle de vie conformément à Action 21 et au Plan d'application de Johannesburg,[1] en particulier son paragraphe 23. Nous sommes convaincus que l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques constitue une importante contribution à la réalisation des objectifs de développement convenus par la communauté internationale énoncés dans la Déclaration du Millénaire. Elle s'appuie sur les initiatives internationales précédentes concernant la sécurité chimique et encourage l'élaboration d'une démarche multisectorielle, intersectorielle et participative ;

12. Nous adoptons donc la Stratégie politique globale qui, avec la présente déclaration, constitue notre ferme engagement en faveur de l'Approche stratégique et de sa mise en oeuvre ;

13. Nous recommandons d'utiliser et de développer plus avant le Plan d'action mondial pour faire face aux besoins sociétaux actuels en perpétuelle évolution, en tant qu'outil de travail et document d'orientation pour honorer les engagements pris en matière de gestion des produits chimiques dans la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, [2] Action 21, la Déclaration de Bahia sur la sécurité chimique,[3] le Plan d'application de Johannesburg, le Document final du Sommet mondial de 2005[4] et la présente Approche stratégique ;

---

[1] *Rapport du Sommet mondial pour le développement durable, Johannesburg, 26 août-4 septembre 2002* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.03.II.A1 et rectificatif), chap. I, résolution 2, annexe.

[2] *Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Rio de Janeiro, 3-14 juin 1992* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.93.I.8 et rectificatifs), vol. I : *Résolutions adoptées par la Conférence*, résolution 1, annexe I.

[3] Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique, troisième session, rapport final du Forum III (IFCS/Forum III/23w), annexe 6.

[4] Résolution 60/1 de l'Assemblée générale en date du 16 septembre 2005.

14. Nous sommes déterminés à tirer parti des bienfaits de la chimie, y compris de la chimie douce, pour améliorer le niveau de vie, la santé publique et la protection de l'environnement, et nous sommes résolus à continuer de travailler ensemble pour promouvoir une production et une utilisation sûres des produits chimiques ;

15. Nous nous engageons à renforcer les capacités de toutes les parties concernées pour assurer une gestion rationnelle des produits chimiques et des déchets dangereux à tous les niveaux ;

16. Nous continuerons de mobiliser des financements publics et privés aux niveaux national et international en faveur de la gestion du cycle de vie des produits chimiques ;

17. Nous nous emploierons à combler les lacunes et à remédier aux disparités entre les pays développés, d'une part, et les pays en développement et à économie en transition, d'autre part, s'agissant des capacités dont ils disposent pour parvenir à une gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques, en répondant aux besoins particuliers de ces derniers et en renforçant les capacités dont ils sont dotés pour gérer rationnellement les produits chimiques et mettre au point des produits et procédés de remplacement plus sûrs, y compris non chimiques, grâce à des partenariats, à un soutien technique et à une aide financière ;

18. Nous oeuvrerons en faveur d'une gouvernance efficace et efficiente de la gestion des produits chimiques, dans la transparence, avec la participation du public et grâce à une responsabilisation de tous les secteurs de la société, en nous efforçant en particulier de garantir une égale participation des femmes à la gestion des produits chimiques ;

19. Nous rechercherons activement des partenariats entre les gouvernements, le secteur privé et la société civile, y compris en renforçant la participation des petites et moyennes entreprises et du secteur informel à la mise en oeuvre de l'Approche stratégique ;

20. Nous soulignons qu'il incombe à l'industrie de mettre à la disposition des parties concernées les données et les informations relatives aux effets des produits chimiques sur la santé et l'environnement qui sont nécessaires pour utiliser en toute sécurité les substances chimiques et leurs produits dérivés ;

21. Nous faciliterons l'accès du public aux informations et aux connaissances appropriées sur les produits chimiques pendant toute la durée de leur cycle de vie, y compris les risques qu'ils posent pour la santé des êtres humains et l'environnement ;

22. Nous veillerons à ce que, lorsque les informations sont mises à disposition, les informations et connaissances commerciales et industrielles confidentielles soient protégées conformément aux lois et réglementations nationales ou, en l'absence de ces lois et réglementations, conformément aux dispositions internationales. En mettant à disposition les informations, les informations sur les produits chimiques qui ont trait à la santé et à la sécurité des êtres humains et à l'environnement ne devraient pas être considérées comme confidentielles ;

23. Nous reconnaissons qu'il est nécessaire de faire des efforts particuliers pour protéger les groupes de la société qui sont particulièrement vulnérables aux risques posés par les produits chimiques dangereux ou qui sont très exposés à ces risques ;

24. Nous sommes résolus à protéger les enfants et les foetus contre les expositions chimiques nuisibles pour leur vie future ;

25. Nous ferons tout notre possible pour prévenir le trafic illicite de substances, de produits et de déchets chimiques toxiques, dangereux, interdits ou strictement réglementés ;

26. Nous encouragerons la gestion rationnelle des produits chimiques et des déchets dangereux à titre prioritaire dans les cadres d'action nationaux, régionaux et internationaux, y compris les stratégies pour le développement durable, l'aide au développement et la réduction de la pauvreté ;

27. Nous nous efforcerons d'intégrer l'Approche stratégique dans les programmes de travail de l'ensemble des organismes, des institutions spécialisées, des Fonds et des programmes des Nations Unies qui sont concernés, conformément aux mandats qui leur ont été assignés par leurs organes directeurs respectifs ;

28. Nous reconnaissons qu'en tant que nouvelle initiative volontaire dans le domaine de la gestion internationale des produits chimiques, l'Approche stratégique n'est pas un instrument juridiquement contraignant ;

29. Nous sommes unanimement d'avis que la mise en oeuvre et l'évaluation des progrès sont essentiels au succès et que, à cet égard, une structure stable et à long terme pleinement participative et multisectorielle pour la définition des orientations, le suivi et le soutien opérationnel est indispensable ;

30. Nous sommes déterminés à coopérer pleinement de façon ouverte, inclusive, participative et transparente à la mise en oeuvre de l'Approche stratégique.

Appendice 2

Stratégie politique globale

I. Introduction

1. La présente Stratégie politique globale résulte des engagements énoncés dans la Déclaration de Dubaï sur la gestion internationale des produits chimiques élaborée dans le contexte de la Déclaration de Rio, d'Action 21 et du Plan d'application de Johannesburg. La stratégie est structurée comme suit :

I. Introduction

II. Portée

III. Etat des besoins

IV. Objectifs

A. Réduction des risques

B. Connaissances et information

C. Gouvernance

D. Développement des capacités et coopération technique

E. Trafic international illicite

V. Considérations financières

VI. Principes et approches

VII. Mise en oeuvre et évaluation des progrès accomplis

2. La participation de tous les secteurs concernés et de toutes les parties prenantes, notamment aux niveaux local, national, régional et mondial, est considérée comme indispensable à la réalisation des objectifs de l'Approche stratégique, de même qu' un processus de mise en oeuvre transparent et ouvert et la participation du public à la prise de décisions, en veillant en particulier à faire jouer un rôle accru aux femmes. Il est entendu que les principales entités concernées par l'Approche stratégique sont les gouvernements, les organisations régionales d'intégration économique, les organisations intergouvernementales, les organisations non gouvernementales et les individus participant à la gestion des produits chimiques tout au long de leur cycle de vie dans tous les secteurs pertinents, notamment l'agriculture, l'environnement, la santé, l'industrie, les activités économiques pertinentes, la coopération aux fins du développement, le travail et la science. Les parties prenantes individuelles sont les consommateurs, les éliminateurs, les employeurs, les agriculteurs, les producteurs, les législateurs, les chercheurs, les fournisseurs, les transporteurs et les ouvriers.

II. Portée

3. L'Approche stratégique a une portée large qui s'étend aux domaines suivants :

a) Aspects de la sécurité chimique ayant trait à l'environnement, à l'économie, au social, à la santé et au travail,

b) Produits chimiques agricoles et industriels, le but étant la promotion du développement durable et le suivi des produits chimiques sur toute la durée de leur cycle de vie, y compris dans les produits en contenant.[1]

4. L'Approche stratégique doit tenir dûment compte des instruments et processus créés à ce jour et être suffisamment souple pour s'adapter aux nouveaux sans qu'il y ait des chevauchements d'efforts, surtout avec les forums chargés des utilisations militaires des produits chimiques.

III. Etat des besoins

5. Une motivation importante de l'établissement de l'Approche stratégique a été la prise en considération des écarts grandissants entre les aptitudes des différents pays à gérer les produits chimiques dans des conditions de sécurité, la nécessité de renforcer les synergies entre les instruments existants et les processus et le sentiment de plus en plus répandu qu'il était urgent d'évaluer et de gérer les produits chimiques de manière plus efficace pour atteindre l'objectif de 2020 énoncé dans le paragraphe 23 du Plan d'application de Johannesburg.[2] Il importe également que les pays se dotent de structures de gouvernance plus efficaces pour faire en sorte que l'Approche stratégique connaisse un succès durable.

6. Depuis la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement tenue à Rio de Janeiro en 1992, au cours de laquelle la Déclaration de Rio et Action 21 ont été adoptés, beaucoup a été fait pour améliorer la gestion des produits chimiques. Des mécanismes réglementaires ont été mis en place ou renforcés ; beaucoup plus d'informations sur les produits chimiques ont été mises à disposition ; une évaluation de nombreux produits chimiques a été entreprise aux niveaux national et international ; toute une série de mesures de gestion des risques ont été prises ; et de nouveaux outils tels que le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques et les registres des émissions et transferts des polluants ont été étudiés et mis au point. De nouveaux instruments et programmes internationaux ont été créés. L'industrie a évolué et étoffé ses propres programmes pour contribuer à une meilleure gestion des produits chimiques et dans le nombreux pays on assiste aujourd'hui à l'émergence de mouvements d'intérêt public actifs et bien avertis qui s'emploient à alerter au danger des produits chimiques et à encourager les bonnes pratiques en la matière. Cela étant, il est admis que :

a) Le cadre politique international actuel pour les produits chimiques n'est pas tout à fait approprié et nécessite d'être davantage renforcé ;

b) La mise en oeuvre des politiques internationales établies est inégale ;

c) La cohérence et les synergies entre les institutions existantes et les processus ne sont pas complètement développées et devraient encore être renforcées ;

d) L'information, ou l'accès à l'information déjà disponible, sur de nombreux produits chimiques actuellement utilisés sont souvent limités, voire inexistants ;

e) Dans de nombreux pays, les capacités de gestion rationnelle des produits chimiques aux niveaux national, sous-régional, régional et mondial font défaut ;

---

[1] L'Approche stratégique ne s'applique pas aux produits si les aspects liés à la sécurité des substances et produits chimiques pour la santé et l'environnement sont déjà réglementés par une instance ou une disposition nationale de contrôle alimentaire ou pharmaceutique.

[2] Le texte du paragraphe 23 est reproduit aux pp.70-71.

f) Les ressources disponibles pour s'attaquer aux questions de sécurité chimique dans de nombreux pays sont insuffisantes, en particulier pour combler l'écart qui se creuse entre, d'une part, les pays développés et, d'autre part, les pays en développement et les pays à économie en transition.

7. La réduction des risques (y compris leur prévention, atténuation, neutralisation, réduction au minimum et élimination) est une nécessité fondamentale pour parvenir à une gestion rationnelle des produits chimiques pendant toute la durée de leur cycle de vie, y compris, au besoin, des produits et articles en contenant. Il est reconnu que :

a) Des stratégies d'évaluation et de gestion des risques, reposant sur de meilleures connaissances scientifiques du rôle et du comportement des substances qui tiennent compte du cycle de vie des produits, sont essentielles à la réduction des risques ;

b) Des mesures de réduction des risques convenablement étayées par des méthodes scientifiques et la prise en considération des facteurs socio-économiques sont nécessaires pour réduire ou éliminer les effets nocifs des produits chimiques et leurs utilisations impropres ;

c) Il importe d'améliorer les mesures de réduction des risques pour prévenir les effets néfastes des produits chimiques sur la santé des enfants, des femmes enceintes, des populations en âge de procréer, des personnes âgées, des pauvres, des travailleurs et des autres groupes vulnérables et sur les environnements exposés ;

d) Le développement de solutions de remplacement plus sûres, y compris de substituts des produits chimiques préoccupants, et de technologies durables et abordables devrait être accéléré ;

e) L'accès aux technologies et produits de remplacement plus sûrs et abordables dans les pays en développement et les pays à économie en transition doit être amélioré, ce qui contribuera à réduire le trafic illicite des produits chimiques dangereux.

8. Les connaissances, l'information et la sensibilisation du public sont essentielles à la prise de décisions concernant la gestion rationnelle des produits chimiques, y compris les produits et les articles en contenant. Il est reconnu :

a) Que les informations technologiques, les résultats des évaluations des dangers et des risques, les méthodologies socio-économiques et les outils permettant d'élaborer et d'appliquer des procédures scientifiques normalisées et harmonisées d'évaluation et de gestion des risques ne sont pas accessibles à tous les acteurs et le rythme de la recherche dans ces domaines doit être accéléré ;

b) Qu'on manque d'informations précises, accessibles, d'actualité et appropriées directement utilisables par les populations locales.

9. La gouvernance est une question importante qu'il convient d'aborder dans le cadre d'une démarche multisectorielle et multipartite pour assurer la gestion rationnelle des produits chimiques. Il importe donc de reconnaître :

a) Que dans nombre de pays, certains acteurs, en particulier les femmes et les communautés autochtones, ne participent toujours pas à tous les aspects de la prise de décisions concernant la gestion rationnelle des produits chimiques et il faut que cela change ;

b) Que l'application du régime international actuel pour la gestion rationnelle des produits chimiques, y compris les instruments juridiquement contraignants et les autres initiatives pertinentes, n'est pas uniforme et il importe d'y remédier. Des lacunes et des chevauchements d'activités sont observées dans la gestion des produits chimiques et il sied dans de nombreux pays de renforcer la cohérence, la constance et la coopération pour garantir une utilisation efficiente et efficace des ressources disponibles aux niveaux national, régional et international. De nombreux pays n'ont pas ratifié ou mis en oeuvre les instruments juridiquement contraignants et autres initiatives pertinentes de portée régionale et mondiale, comblé les lacunes notées dans les régimes nationaux pour les produits chimiques ou instauré des mécanismes nationaux de coordination des activités dans ce domaine ;

c) Que les mécanismes destinés à juguler les effets socio-économiques des produits chimiques sur la santé des êtres humains, la société et l'environnement, y compris les mécanismes de détermination de la responsabilité et d'indemnisation, doivent être améliorés dans certains pays ;

d) Que les questions relatives aux produits chimiques sont seulement prises en compte parfois dans les documents pertinents de politique nationale, y compris les plans ou stratégies d'aide au développement, les stratégies de développement durable et, selon qu'il convient, les stratégies de réduction de la pauvreté ;

e) Qu'il faut promouvoir le rôle de toutes les composantes de la société civile et du secteur privé dans la mise en oeuvre de l'Approche stratégique.

10. Le développement des capacités et l'assistance technique concernant tous les aspects de la gestion rationnelle des produits chimiques sont au nombre des éléments indispensables à la mise en oeuvre réussie de l'Approche stratégique :

a) Le fossé de plus en plus marqué entre les moyens dont disposent les pays développés, d'une part, et les pays en développement et, pays à économie en transition, d'autre part, doit être comblé en vue d'atteindre l'objectif énoncé au paragraphe 23 du Plan d'application de Johannesburg. Certains pays développés sont toutefois aussi confrontés à des problèmes de ce type dans les efforts qu'ils poursuivent sans relâche pour atteindre cet objectif ;

b) Il est nécessaire de renforcer la coopération pour rendre les pays en développement et les pays à économie en transition mieux à même d'assurer la gestion rationnelle des produits chimiques et des déchets dangereux et de promouvoir le transfert approprié de technologies moins polluantes et plus sûres vers ces pays.

11. Le trafic international illicite de substances et produits dangereux est un problème auquel il convient de s'attaquer d'urgence dans un grand nombre de pays, en particulier les pays en développement et les pays à économie en transition.

12. Un des obstacles à surmonter par maints pays, en particulier les pays en développement et les pays à économie en transition, dans la poursuite de l'objectif énoncé au paragraphe 23 du Plan d'application de Johannesburg est l'accès aux considérables ressources financières et autres ressources requises pour une gestion rationnelle des produits chimiques.

IV. Objectifs

13. L'objectif général de l'Approche stratégique est de parvenir à une gestion rationnelle des produits chimiques tout au long de leur cycle de vie afin que d'ici à 2020, les produits chimiques soient utilisés et produits de manière à ce que les effets néfastes graves qu'ils ont sur la santé des êtres

humains et sur l'environnement soient réduits au minimum. Cet objectif sera atteint en mettant notamment en oeuvre les activités esquissées dans le Plan d'action mondial.

A. Réduction des risques

14. Les objectifs de l'Approche stratégique concernant la réduction des risques sont les suivants :

a) Réduire au minimum les risques sanitaires, y compris sur les lieux de travail, et écologiques posés par les produits chimiques tout au long de leur cycle de vie ;

b) Veiller à ce que les personnes et écosystèmes et leurs éléments constitutifs qui sont particulièrement vulnérables ou particulièrement enclins à être exposés à des produits chimiques pouvant poser un risque soient pris en compte et protégés en prenant des décisions sur les produits chimiques ;

c) Appliquer des stratégies transparentes, englobantes, efficaces et rentables de gestion des risques fondées sur des connaissances scientifiques appropriées, y compris des effets sur la santé et l'environnement, et des analyses socio-économiques pertinentes visant à la prévention de la pollution ainsi qu'à la réduction et l'élimination des risques, y compris des informations détaillées en matière de sécurité concernant les produits chimiques, afin de prévenir les expositions dangereuses et inutiles à ces derniers ;

d) S'assurer que d'ici à 2020 :

i) Les produits ou utilisations chimiques qui posent des risques excessifs et par ailleurs impossibles à gérer pour la santé des personnes et l'environnement,[1] en se fondant sur une évaluation scientifique des risques et en tenant compte des coûts et avantages ainsi que de la disponibilité de substituts plus sûrs et de leur efficacité, ne soient plus produits ou utilisés à de telles fins ;

ii) Les risques découlant des rejets non intentionnels de produits chimiques qui posent des risques excessifs et par ailleurs impossibles à gérer pour la santé des personnes et l'environnement[2] en se fondant sur une évaluation scientifique des risques et en tenant compte des coûts et avantages soient réduits au minimum ;

e) Appliquer de manière appropriée l'approche de précaution énoncée dans le Principe 15 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, tout en s'efforçant de faire en sorte que les produits chimiques soient utilisés et produits de manière à ce que les effets néfastes graves qu'ils ont sur la santé des êtres humains et l'environnement soient réduits au minimum ;

f) Envisager prioritairement l'application de mesures préventives, notamment la prévention de la pollution ;

g) S'assurer que les problèmes actuels, nouveaux et émergents préoccupants au niveau mondial soient traités de manière adéquate dans le cadre de mécanismes appropriés ;

---

[1] Les groupes de produits chimiques auxquels la priorité pourrait être accordée aux fins d'évaluation et d'études connexes sont notamment les suivants : substances persistantes, bioaccumulatives et toxiques (PBT) ; substances très persistantes et très bioaccumulatives ; substances cancérigènes, mutagènes ou nocives notamment pour les systèmes reproducteur, endocrinien, immunitaire ou nerveux ; polluants organiques persistants (POP) ; mercure et autres substances chimiques préoccupants au niveau mondial ; produits chimiques produits ou utilisés en grandes quantités ; produits chimiques largement répandus ; et autres produits chimiques préoccupants au niveau national.

[2] *Ibid*.

h) Réduire la production de déchets dangereux, tant en quantités que s'agissant de leur toxicité, et veiller à leur gestion écologiquement rationnelle, y compris leur stockage, traitement, et élimination ;

i) Promouvoir la récupération et le recyclage écologiquement rationnels des matières et déchets dangereux ;

j) Promouvoir et soutenir la mise au point et l'application, ainsi que de nouvelles innovations, de solutions de remplacement écologiquement rationnelles et sans danger, y compris une production plus propre, les substituts judicieux des produits chimiques particulièrement préoccupants et les solutions de remplacement non chimiques.

B. Connaissances et information

15. Les objectifs de l'Approche stratégique concernant les connaissances et l'information sont les suivants :

a) Faire en sorte que les connaissances et informations sur les produits chimiques et la gestion des produits chimiques soient suffisantes pour aider à l'évaluation adéquate et à la gestion en toute sécurité de ces produits tout au long de leur cycle de vie ;

b) Faire en sorte, pour toutes les parties prenantes :

i) Que l'information sur les produits chimiques pendant toute la durée de leur cycle de vie, y compris, selon qu'il y a lieu, les produits en contenant, soit disponible, accessible, facilement utilisable, adéquate et adaptée aux besoins de toutes les parties prenantes. Les types appropriés d'informations englobent les effets des produits chimiques sur la santé et l'environnement, leurs propriétés intrinsèques, leurs utilisations potentielles, les mesures de protection et la réglementation ;

ii) Que cette information soit diffusée dans les langues appropriées par le biais notamment des médias et des mécanismes d'information sur les dangers tels que le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques et les dispositions pertinentes des accords internationaux ;

c) Veiller à ce qu'en mettant à disposition l'information conformément au paragraphe 15.b), les informations et connaissances commerciales et industrielles confidentielles soient protégées conformément aux lois et réglementations nationales ou, en l'absence de ces lois et réglementations, conformément aux dispositions internationales. Dans le cadre de ce paragraphe, les informations sur les produits chimiques qui ont trait à la santé et à la sécurité des personnes et l'environnement ne devraient pas considérées comme confidentielles ;

d) Offrir des informations scientifiques objectives dont il sera dûment tenu compte dans les évaluations des risques et la prise de décision associée sur les politiques chimiques, y compris en ce qui concerne l'évaluation des dangers chimiques et des risques pour la santé des personnes, en particulier chez les membres vulnérables de la population tels que les enfants, et pour l'environnement, en particulier les écosystèmes exposés ;

e) S'assurer que tous les acteurs puissent avoir accès aux normes scientifiques, aux méthodes de gestion et d'évaluation des risques ainsi qu'aux résultats des évaluations des dangers et des risques ;

f) Pouvoir disposer de méthodes et informations scientifiques objectives pour évaluer les effets des produits chimiques sur les populations et l'environnement, grâce notamment à l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs ;

g) Accélérer le rythme de la recherche scientifique pour déterminer et évaluer les effets des produits chimiques sur les êtres humains et sur l'environnement, y compris les problèmes émergents, et s'assurer que la recherche et le développement soient menées dans leur rapport aves les techniques de contrôle des produits chimiques, le développement de produits chimiques plus sûrs et de technologies moins polluantes, ainsi que les substituts et technologies non chimiques ;

h) Promouvoir l'application des définitions et critères communs figurant dans le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques ;

i) Rendre largement accessible, aux fins d'examen et d'application, l'ensemble des outils actuels de réduction des risques et autres outils proposés par diverses organisations membres du Programme interorganisations pour la gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques (IOMC),[1] dont le système d'acceptation mutuelle des données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la base de données INCHEM du Programme international sur la sécurité chimique contenant des informations sur la sécurité chimique fournies par des organisations intergouvernementales, afin de promouvoir les meilleures pratiques dans la gestion des produits chimiques, l'harmonisation et le partage des charges ;

j) Développer les connaissances et informations sur les impacts financiers actuels et prévus et autres impacts pour le développement durable qui découlent de la gestion non rationnelle des produits chimiques préoccupants au niveau mondial.

C. Gouvernance

16. Les objectifs de l'Approche stratégique concernant la gouvernance sont les suivants :

a) Parvenir à une gestion rationnelle des produits chimiques tout au long de leur cycle de vie en s'appuyant selon que requis sur des mécanismes nationaux, régionaux et internationaux appropriés qui soient multisectoriels, englobants, efficaces, opérants, transparents, cohérents et inclusifs et assurent le respect des principes de responsabilité, en tenant compte de la situation et des besoins des pays, en particulier des pays en développement et pays à économie en transition ;

b) Promouvoir la gestion rationnelle des produits chimiques dans chaque secteur concerné et des programmes intégrés de gestion rationnelle des produits chimiques dans tous les secteurs ;

c) Guider les parties prenantes dans l'identification des priorités pour les activités de gestion des produits chimiques ;

[1] Les organisations membres de l'IOMC sont l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Programme des Nations Unies pour l'environnement, l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel, l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche et l'Organisation mondiale de la santé.

d) Renforcer l'application effective et encourager l'application des lois et réglementations nationales relatives à la gestion des produits chimiques, y compris celles visant à donner effet aux accords internationaux ;

e) Promouvoir des codes de conduite appropriés, y compris ceux ayant trait à la responsabilité des entreprises à l'égard de l'environnement et de la société ;

f) Promouvoir une coopération internationale étroite entre les institutions concernées, y compris entre les services des douanes, dans les divers pays pour l'échange d'informations pertinentes en vue de prévenir tout trafic international illicite de produits chimiques dangereux ;

g) Encourager et appuyer la participation active et véritable de tous les secteurs de la société civile, en particulier les femmes, les travailleurs et les communautés autochtones, aux processus réglementaires et autres processus décisionnels reliés à la sécurité chimique ;

h) Assurer la participation à part entière des femmes à la prise de décisions sur les politiques en matière de produits chimiques et la gestion de ces produits ;

i) Veiller à ce que les cadres institutionnels nationaux traitent de la prévention du trafic international illicite des produits chimiques ;

j) Favoriser la coordination des activités d'assistance au niveau international en conformité avec la mise en oeuvre de l'Approche stratégique ;

k) Promouvoir des politiques commerciales et environnementales qui soient complémentaires ;

l) Etablir et favoriser des cadres permettant aux entreprises de mettre au point et d'améliorer des produits promouvant les objectifs de l'Approche stratégique ;

m) Renforcer les synergies entre les activités des gouvernements, des institutions internationales, des secrétariats des organisations multilatérales et des organismes de développement en vue d'assurer la gestion rationnelle des produits chimiques ;

n) renforcer la coopération en matière de gestion rationnelle des produits chimiques entre les gouvernements, le secteur privé et la société civile aux niveaux national, régional et mondial.

D. Développement des capacités et coopération technique

17. Les objectifs de l'Approche stratégique concernant le développement des capacités et la coopération technique sont les suivants :

a) Renforcer les capacités de gestion rationnelle des produits chimiques tout au long de leur cycle de vie dans tous les pays selon que requis, en particulier dans les pays en développement et les pays en économie en transition ;

b) Combler l'écart grandissant entre les capacités des pays développés d'une part, et celles des pays en développement et pays à économie en transition d'autre part ;

c) Etablir ou renforcer les partenariats et mécanismes pour la coopération technique et le transfert de technologies appropriées et moins polluantes vers et entre les pays en développement et les pays à économie en transition, en exploitant au maximum les synergies avec le Plan stratégique de Bali pour l'appui technologique et le renforcement des capacités ;

d) Elaborer et appliquer des stratégies durables de développement des capacités dans les pays en développement et les pays à économie en transition et promouvoir la coopération entre tous les pays ;

e) Promouvoir la coordination de l'information sur le développement des capacités pour la gestion rationnelle des produits chimiques et l'accès à cette information, et améliorer la transparence et l'obligation redditionnelle ;

f) Inscrire prioritairement le renforcement des capacités pour la gestion rationnelle des produits chimiques dans les stratégies de développement social et économique, y compris les stratégies nationales de développement durable, les stratégies de réduction de la pauvreté et les stratégies d'assistance aux pays, et accorder aux produits chimiques une place importante dans les politiques nationales ;

g) Encourager les parties prenantes à développer et promouvoir des programmes touchant la sécurité chimique et la recherche et l'analyse scientifiques, et appuyer les programmes de développement des capacités dans les pays en développement et les pays à économie en transition ;

h) Encourager et faciliter l'utilisation appropriée par les pays en développement et les pays à économie en transition des travaux déjà menés et des modèles de gestion des produits chimiques déjà établis par d'autres pays et organisations internationales ;

i) Sensibiliser les donateurs, les organisations multilatérales et les autres acteurs concernés à l'intérêt que présente la sécurité chimique pour la réduction de la pauvreté et le développement durable.

E. Trafic international illicite

18. Les objectifs de l'Approche stratégique concernant le trafic international illicite sont les suivants :

a) Prévenir le trafic international illicite de substances, mélanges de substances, composés et déchets chimiques toxiques, dangereux, interdits ou strictement réglementés, y compris les produits qui en contiennent ;

b) Renforcer les mécanismes et la mise en oeuvre aux niveaux national et régional à l'appui des accords multilatéraux existants comportant des dispositions relatives à la prévention du trafic international illicite ;

c) Promouvoir le partage des informations et renforcer les capacités des pays en développement et des pays à économie en transition aux niveaux national et régional en vue de prévenir et réprimer le trafic international illicite.

V. Considérations financières

19. L'Approche stratégique devrait refléter les efforts faits aux niveaux national, régional et mondial pour promouvoir la gestion rationnelle des produits chimiques en tenant compte du Principe 7 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement. Elle devrait mettre à contribution les sources actuelles et nouvelles de soutien financier en vue de canaliser des ressources additionnelles, et s'appuyer entre autres, sur le Plan stratégique de Bali pour l'appui technologique et le renforcement des capacités. Elle devrait également inclure la mobilisation de ressources financières additionnelles aux niveaux national et international, dans le cadre notamment du Programme de

démarrage rapide et des autres mesures exposées dans ce paragraphe, pour accélérer le renforcement des capacités et des moyens en vue d'atteindre les objectifs de l'Approche stratégique. L'ampleur des progrès que les pays en développement en particulier les pays les moins avancés et les petits Etats insulaires en développement, et les pays à économie en transition peuvent réaliser pour atteindre l'objectif de 2020 dépend en partie de la disponibilité des ressources financières allouées par le secteur privé et les organismes ou donateurs bilatéraux, multilatéraux et internationaux. Les arrangements financiers pour l'Approche stratégique incluent notamment :

a) Des actions aux niveaux national ou sous-national pour soutenir le financement de la réalisation des objectifs de l'Approche stratégique, notamment :

i) L'intégration des objectifs de l'Approche stratégique dans les programmes, plans et/ou stratégies pertinents à différents niveaux ;

ii) L'évaluation des lois, politiques et réglementations actuelles pour déterminer les changements à effectuer pour progresser dans la mise en oeuvre des objectifs de l'Approche stratégique, y compris une évaluation des besoins de financement le cas échéant ;

iii) L'évaluation et, si nécessaire, l'adoption de politiques appropriées aux niveaux national et sous-national, qui pourraient inclure des instruments économiques, pour financer les coûts liés à la gestion rationnelle des produits chimiques ;

iv) L'évaluation et l'adoption au besoin, aux niveaux national et sous-national, d'instruments économiques pour favoriser l'internalisation des coûts externes des produits chimiques, en ayant à l'esprit la nécessité, surtout pour les pays en développement et les pays à économie en transition, de soigner la conception de tels instruments ;

v) L'échange d'informations entre les gouvernements et les autres parties prenantes sur les expériences et études concernant l'utilisation au niveau national d'instruments économiques et la soumission de ces informations au Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) en vue de leur large diffusion ;

b) Le renforcement des partenariats industriels et de la participation financière et technique de l'industrie à la réalisation des objectifs de l'Approche stratégique, notamment en l'invitant à :

i) Revoir et renforcer les initiatives industrielles volontaires actuelles pour relever les défis considérables liés à la réalisation des objectifs de l'Approche stratégique ;

ii) Lancer de nouvelles initiatives, y compris en partenariat avec les fondations, les milieux universitaires et les organisations non gouvernementales, pour atteindre les objectifs de l'Approche stratégique ;

iii) Allouer des ressources, y compris des contributions en nature, pour atteindre les objectifs de l'Approche stratégique, en poursuivant ses initiatives sur une responsabilité sociale et environnementale des entreprises et en les mettant à profit ;

c) L'intégration des objectifs de l'Approche stratégique dans la coopération bilatérale et multilatérale pour l'aide au développement, notamment en :

i) Amenant les pays en développement et pays à économie en transition, au besoin avec le soutien technique des donateurs, à envisager l'intégration des objectifs de

l'Approche stratégique dans les documents nationaux pertinents qui orientent la coopération pour l'aide au développement ;

ii) Amenant les donateurs à donner suite aux demandes présentées par les pays en développement et pays à économie en transition et en agissant en partenariat avec ces derniers aux fins de reconnaître les objectifs de l'Approche stratégique comme un volet important de la coopération des organismes d'aide bilatérale en faveur du développement durable ;

iii) Invitant les institutions spécialisées, Fonds et programmes des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales à inclure les objectifs de l'Approche stratégique dans leurs activités, selon qu'il conviendra ;

d) L'utilisation plus efficace et la mise à profit des sources actuelles appropriées de financement à l'échelon mondial notamment en invitant le Fonds pour l'environnement mondial ainsi que le Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone et son Fonds multilatéral pour l'application du Protocole de Montréal dans le cadre des mandats qui leur ont été assignés à examiner dans quelle mesure et comment ils pourraient appuyer la mise en oeuvre des objectifs appropriés et pertinents de l'Approche stratégique et à faire rapport à ce sujet ;

e) Le soutien des activités initiales de renforcement des capacités pour mettre en oeuvre les objectifs de l'Approche stratégique en établissant un programme dénommé « Programme de démarrage rapide ». Le Programme comportera un fonds de contributions volontaires à durée limitée et pourra inclure la coopération multilatérale, bilatérale, ou d'autres formes de coopération. Le fonds d'affectation spéciale sera administré par le PNUE ;

f) L'appel aux gouvernements et autres parties prenantes à dégager des ressources pour permettre au secrétariat de l'Approche stratégique de s'acquitter des tâches énoncées dans le paragraphe 28, notamment en :

i) Invitant le PNUE à prendre les mesures voulues pour adapter et renforcer le Fonds existant de contributions volontaires en vue de soutenir l'exécution de ces tâches ;

ii) Invitant tous les pays et les organisations régionales d'intégration économique à contribuer ;

iii) Invitant le secteur privé, y compris l'industrie, ainsi que les fondations et d'autres organisations non gouvernementales à contribuer également.

VI. Principes et approches

20. Lorsqu'ils élaborent et mettent en oeuvre l'Approche stratégique et le Plan d'action mondial, les gouvernements et les autres parties prenantes seront guidés par :

a) Les principes et approches énoncés dans les textes suivants :

i) La Déclaration de Stockholm sur l'environnement humain, en particulier le Principe 22 ;

ii) La Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement ;

iii) Action 21, en particulier les chapitres 6, 8, 19 et 20 ;

iv) La Déclaration du Millénaire ;

v) La Déclaration de Bahia sur la sécurité chimique ;

vi) Le Plan d'application de Johannesburg ;

b) Les accords suivants, lorsqu'ils s'appliquent à leur égard :

i) Le Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone ;

ii) La Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières des déchets dangereux et de leur élimination ;

iii) La Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international ;

iv) La Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants ;

v) La Convention N° 170 de l'OIT concernant la sécurité dans l'utilisation des produits chimiques au travail.

VII. Mise en oeuvre et évaluation des progrès accomplis

21. Les arrangements institutionnels à l'appui de la mise en oeuvre et de l'évaluation des progrès de l'Approche stratégique incluront notamment la coordination au niveau national et selon que de besoin des processus régionaux et, au niveau international, un processus d'examen périodique facilité par un secrétariat.

22. La mise en oeuvre de l'Approche stratégique débutera par une phase de facilitation pour mettre en place au besoin les capacités nécessaires pour élaborer, avec la participation des parties prenantes concernées, un plan national de mise en oeuvre de l'Approche stratégique, en prenant en considération le cas échéant les éléments existants, notamment la législation, les profils nationaux, les plans d'action, les initiatives des parties prenantes, ainsi que les lacunes, priorités, besoins et conditions. Les plans régionaux de mise en oeuvre de l'Approche stratégique seront au besoin, élaborés de la même manière. Les phases ultérieures de mise en oeuvre porteront sur l'exécution de plans d'action spécifiques. Parallèlement, les organisations intergouvernementales, les institutions financières internationales et les acteurs privés sont encouragés à financer ces activités et à envisager d'élaborer au besoin leurs propres plans d'action. Des partenariats seront recherchés entre parties prenantes pour appuyer la mise en oeuvre.

23. Pour favoriser une approche intégrée de la gestion des produits chimiques, chaque gouvernement devra établir un mécanisme pour la mise en oeuvre de l'Approche stratégique sur une base interministérielle ou interinstitutionnelle, de façon que toutes les parties prenantes et tous les ministères nationaux concernés soient représentés et que tous les domaines de fond pertinents soient couverts. Pour faciliter la communication, aux niveaux national et international, chaque gouvernement devra désigner un correspondant national de l'Approche stratégique, qui servira d'intermédiaire pour les questions intéressant l'Approche stratégique, notamment en transmettant des invitations aux réunions et en diffusant des informations. Le correspondant national de l'Approche stratégique devra être un représentant des arrangements interministériels ou interinstitutionnels du pays, lorsque ces arrangements existent.

24. La Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques (ci-après dénommée la Conférence) révisera périodiquement l'Approche stratégique. Elle sera dotée des fonctions suivantes :

a) Recevoir les rapports communiqués par toutes les parties prenantes concernées sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de l'Approche stratégique et diffuser les informations selon qu'il conviendra ;

b) Evaluer la mise en oeuvre de l'Approche stratégique afin d'apprécier les progrès réalisés en regard de l'objectif de 2020 et de prendre les décisions stratégiques, planifier, fixer les priorités et actualiser l'approche au besoin ;

c) Fournir aux parties prenantes concernées des orientations sur la mise en oeuvre de l'Approche stratégique ;

d) Rendre compte aux parties prenantes des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de l'Approche stratégique ;

e) Encourager le respect des instruments et programmes internationaux existants ;

f) Favoriser la cohérence entre les instruments relatifs à la gestion des produits chimiques au niveau international ;

g) Encourager le renforcement des capacités nationales de gestion des produits chimiques ;

h) Veiller à assurer que les ressources financières et techniques nécessaires soient disponibles pour la mise en oeuvre ;

i) Evaluer la performance du mécanisme financier de l'Approche stratégique ;

j) Attirer l'attention sur les problèmes de fond naissants à mesure qu'ils surviennent et recommander des mesures appropriées, et dégager un consensus sur les priorités de l'action à mener en coopération ;

k) Promouvoir l'échange d'informations et la coopération scientifique et technique ;

l) Servir de forum international de haut niveau pour des débats multipartites et multisectoriels et l'échange de données d'expérience sur les problèmes relatifs à la gestion des produits chimiques, avec la participation des organisations non gouvernementales conformément au règlement intérieur applicable ;

m) Promouvoir la participation de toutes les parties prenantes à la mise en oeuvre de l'Approche stratégique.

25. Selon qu'il conviendra, les sessions de la Conférence devraient se tenir à intervalles très rapprochées des réunions des organes directeurs des organisations intergouvernementales compétentes afin d'accroître les synergies et l'efficacité et de favoriser le caractère multisectoriel de l'Approche stratégique. Les sessions de la Conférence se tiendront en 2009, 2012, 2015 et 2020, à moins que la Conférence n'en décide autrement.

26. Il sera essentiel de poursuivre efficacement la mise en oeuvre de l'Approche stratégique entre les réunions de la Conférence, en s'appuyant sur ses méthodes de travail transparentes, multipartites et multisectorielles. Plusieurs éléments permettront d'y parvenir :

a) Les réunions régionales ont joué un rôle significatif dans l'élaboration de l'Approche stratégique et il sera important d'aller au-delà de cet engagement et de tirer parti des compétences techniques, en prenant en compte les besoins des pays en développement, et en particulier des pays les moins avancés parmi eux, ainsi que des pays à économie en transition et des pays développés. Des réunions régionales faciliteront les contributions aux activités relevant de l'Approche stratégique, les préparatifs des réunions futures de la Conférence et l'échange de compétences techniques et d'informations au niveau régional. Tout comme pour la Conférence, ces réunions pourraient être accolées aux réunions des organisations intergouvernementales régionales ou mondiales compétentes, sous réserve des ressources extrabudgétaires disponibles ;

b) Les réunions régionales serviront notamment à :

i) Examiner les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de l'Approche stratégique dans les régions ;

ii) Fournir des orientations à toutes les parties prenantes sur la mise en oeuvre de l'Approche stratégique au niveau régional ;

iii) Faciliter les discussions techniques et stratégiques ainsi que l'échange d'informations ;

c) La mise en oeuvre de l'Approche stratégique dépendra dans une large mesure des activités des organisations intergouvernementales compétentes. Pour assurer une coordination adéquate de ces activités, l'IOMC devrait continuer à coordonner les activités et les programmes de travail de ces organisations.

27. La Conférence sera dotée d'un Bureau, dont les fonctions seront en conformité avec le règlement intérieur.

28. Le secrétariat s'acquittera des fonctions suivantes :

a) Faciliter les réunions et les travaux intersessions de la Conférence, ainsi que les réunions régionales, en assurant la plus forte participation possible des diverses parties prenantes et en diffusant ses rapports et recommandations ;

b) Faire rapport à la Conférence sur la mise en oeuvre de l'Approche stratégique par tous les participants ;

c) Faciliter l'établissement et le maintien d'un réseau de parties prenantes à l'Approche stratégique aux niveaux national et régional et, dans le cas des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, au niveau international ;

d) Faciliter le développement et la diffusion de matériels d'orientation pour soutenir la mise en oeuvre de l'Approche stratégique par les parties prenantes ;

e) Aider les parties prenantes à présenter des propositions de projet ;

f) Fournir des services d'échange d'informations, notamment en conseillant les pays au sujet de la mise en oeuvre de l'Approche stratégique, en orientant les demandes d'information

vers les sources pertinentes et en facilitant l'accès à l'information et aux compétences techniques pour appuyer les actions spécifiques menées au niveau national ;

g) S'assurer que les recommandations émanant de la Conférence soient transmises aux organisations et institutions mondiales et régionales compétentes ;

h) Encourager l'échange d'informations scientifiques et techniques pertinentes ;

i) Etablir et maintenir des relations de travail avec les organisations membre de l'IOMC pour tirer parti de leurs compétences techniques sectorielles.

29. Le Directeur exécutif du PNUE sera prié d'établir le secrétariat de l'Approche stratégique. Le PNUE et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) joueront le rôle de chef de file au secrétariat dans leurs domaines respectifs de compétence, s'agissant de l'Approche stratégique, le PNUE assumant la responsabilité administrative générale. Le secrétariat de l'Approche stratégique sera installé dans les mêmes locaux que les services du PNUE s'occupant des substances chimiques et des déchets à Genève, et mettra pleinement à profit les synergies existantes. Pour refléter le caractère multisectoriel de l'Approche stratégique, le secrétariat travaillera en coordination et/ou en coopération avec les organisations membres de l'IOMC et le PNUD, et ainsi qu'avec d'autres organisations intergouvernementales, selon qu'il conviendra. Le secrétariat fera rapport à la Conférence.

Additif au projet de Stratégie politique globale

Texte du paragraphe 23 du Plan d'application de Johannesburg

Le Plan d'application de Johannesburg témoigne d'un engagement politique essentiel, à la base de la stratégie politique globale de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. Dans ce Plan, il a été convenu que « les gouvernements, les organisations internationales compétentes, le secteur privé et tous les grands groupes doivent jouer un rôle actif pour modifier les schémas de production et de consommation durables ». Des actions doivent être entreprises à cet effet à tous les niveaux, comme défini dans son paragraphe 23.

« 23. Renouveler l'engagement pris dans Action 21 de bien gérer les produits chimiques, tout au long de leur cycle de vie, ainsi que les déchets dangereux, en vue du développement durable et de la protection de la santé des êtres humains et de l'environnement, notamment afin que d'ici à 2020, les produits chimiques soient utilisés et produits de manière à ce que les effets néfastes graves qu'ils ont sur la santé des êtres humains et sur l'environnement soient réduits au minimum grâce à des procédures scientifiques et transparentes d'évaluation des risques et à des méthodes scientifiques de gestion des risques, compte tenu du principe de précaution énoncé au principe 15 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement, et aider les pays en développement à se doter de meilleurs moyens de bien gérer les produits chimiques et les déchets toxiques en leur apportant une assistance technique et financière. Les mesures à prendre à tous les niveaux seraient notamment les suivantes :

a) Promouvoir la ratification et l'application des instruments internationaux pertinents relatifs aux produits chimiques et aux déchets, notamment la Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet du commerce international, de manière à permettre son entrée en vigueur d'ici à 2003, et la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, de manière à permettre son entrée en vigueur d'ici à 2004 et encourager et améliorer la coordination dans ce domaine, ainsi que l'appui aux pays développés en vue de l'application de ces instruments ;

b) Elaborer d'ici à 2005 une approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, sur la base de la Déclaration de Bahia et des Priorités d'action après 2000 adoptées par le Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique et inviter instamment le Programme des Nations Unies pour l'environnement, le Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique, les organisations internationales s'occupant de gestion des produits chimiques et les autres organismes internationaux et intervenants compétents à collaborer étroitement à cet effet, selon que de besoin ;

c) Encourager les pays à mettre en oeuvre dès que possible le nouveau système général harmonisé de classification et d'étiquetage de produits chimiques, de façon à ce qu'il soit pleinement opérationnel d'ici à 2008 ;

d) Encourager les partenariats à promouvoir des activités visant à améliorer la gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques et des déchets dangereux, à appliquer les accords multilatéraux relatifs à l'environnement, à faire mieux connaître les problèmes que posent les produits chimiques et les déchets dangereux, et encourager la collecte et l'utilisation de données scientifiques supplémentaires ;

e) Promouvoir, d'une manière qui soit compatible avec les obligations énoncées dans les instruments internationaux pertinents comme la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination, les efforts visant à empêcher le trafic illégal de produits chimiques dangereux et de déchets dangereux et à prévenir les dégâts résultant des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination ;

f) Encourager le rassemblement d'informations cohérentes et intégrées sur les produits chimiques, notamment au moyen des registres nationaux des émissions et transferts de matières polluantes ;

g) Promouvoir une réduction des risques liés aux métaux lourds qui présentent un danger pour la santé des êtres humains et pour l'environnement, notamment en passant en revue les études pertinentes, comme l'évaluation mondiale du mercure et de ses composés à laquelle a procédé le PNUE. »

Appendice 3

Plan d'action mondial[1]

Exposé de synthèse

Introduction

1. Le Plan d'action mondial de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques s'articule autour de domaines d'activité et d'activités associées non contraignantes que les parties intéressées pourront entreprendre pour pouvoir honorer les engagements pris dans la Déclaration de Dubaï sur la gestion internationale des produits chimiques et la Stratégie politique globale et atteindre les objectifs qui y sont énoncés. La Déclaration de Dubaï et la Stratégie politique globale réaffirment l'engagement pris par le Sommet mondial pour le développement durable dans le Plan d'application de Johannesburg de faire en sorte que, d'ici à 2020, les produits chimiques soient utilisés et produits de manière à ce que les effets néfastes graves qu'ils ont sur la santé des êtres humains et l'environnement soient réduits au minimum.[2] Le plan devrait être considéré comme un document d'orientation à réviser selon qu'il conviendra et les activités devraient être envisagées et menées selon qu'il conviendra par les parties prenantes durant la mise en oeuvre de l'Approche stratégique, en fonction de leur applicabilité.

2. Le but de cet exposé de synthèse est de donner aux décideurs un bref aperçu de la structure du Plan d'action mondial et une idée de l'éventail d'actions nécessaires pour atteindre les objectifs de l'Approche stratégique. Dans le Plan d'action mondial, les domaines d'activité possibles ainsi que leurs activités associées, acteurs désignés, cibles et délais, indicateurs de progrès et aspects de la mise en oeuvre se trouvent groupés dans un tableau selon les cinq catégories d'objectifs figurant dans la Stratégie politique globale de l'Approche stratégique, en l'occurrence les suivantes : réduction des risques, connaissances et information, gouvernance, développement des capacités et assistance technique et trafic international illicite. Ces objectifs sont examinés dans les sections A à E du présent exposé de synthèse. Les mesures interdisciplinaires qui apparaissent dans plus d'une catégorie sont examinées dans la section F, intitulée « pratiques générales améliorées ».

3. Trois tableaux figurent à la suite de cet exposé de synthèse. Le tableau A récapitule les domaines d'activité possibles et les numéros de leurs activités associées. Le tableau B énumère les domaines d'activité ainsi que leurs activités associées, les acteurs désignés, les cibles et délais, les indicateurs de progrès et les aspects de la mise en oeuvre, présentés dans cinq colonnes distinctes correspondant aux cinq catégories d'objectifs mentionnés au paragraphe 2 ci-dessus. Bien que chaque domaine d'activité soit mentionné sous une seule catégorie principale dans le tableau A, il peut apparaître sous plusieurs objectifs dans le tableau détaillé B. Les colonnes concernant les acteurs désignés, les cibles et délais, les indicateurs de progrès et les aspects de la mise en oeuvre n'ont pas fait l'objet d'un examen approfondi et le temps imparti n'a pas été suffisant pour parvenir à un accord durant le processus d'élaboration de l'Approche stratégique. Il n'empêche que les parties prenantes pourront les juger utiles dans la mise en oeuvre des activités pertinentes. Un tableau présentant la liste des acronymes et abréviations utilisés dans le tableau B figure également en annexe.

4. Les participants au processus d'élaboration de l'Approche stratégique n'ont pas été en mesure d'achever leurs discussions sur un certain nombre d'activités, telles qu'indiquées dans

---

[1] Les tableaux A-C auxquels il est fait référence dans le texte ne sont pas reproduits dans le présent document.

[2] *Rapport du Sommet mondial pour le développement durable, Johannesburg (Afrique du Sud), 26 août-4 septembre 2002* (publication des Nations Unies, numéro de vente F.03.II.A.I et rectificatif), chap. I, résolution 2, annexe.

le tableau C du document SAICM/ICCM.1/4, qui peut être consulté sur le site Internet http://www.chem.unep.ch/saicm. Eu égard au fait que le Plan d'action mondial est un outil évolutif censé permettre d'atteindre les objectifs de l'Approche stratégique, les parties prenantes souhaiteront peut-être examiner ces questions. Au cours de la période située entre les première et deuxième sessions de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques, des activités telles que la tenue de réunions régionales pourront être menées.

5. Les différentes catégories d'objectifs, ainsi que leurs domaines d'activité correspondants, sont étroitement liées. De nombreuses mesures de réduction des risques doivent être prises pour protéger la santé des êtres humains et l'environnement contre une gestion non rationnelle des produits chimiques. Un grand nombre d'entre elles doivent être appuyées par des améliorations importantes des connaissances et informations dont nous disposons sur les produits chimiques, des dispositions relatives à la gouvernance (en particulier la coordination institutionnelle, les cadres réglementaires et les politiques publiques) dans tous les secteurs concernés, et des pratiques générales en matière de gestion rationnelle des produits chimiques tout au long de leur cycle de vie. De plus, un développement des capacités et une assistance technique judicieux et opportuns venant appuyer les actions des pays en développement et des pays à économie en transition sont essentiels si l'on veut faire des progrès substantiels dans la réduction des risques posés à la santé humaine et à l'environnement par la gestion non rationnelle des produits chimiques.

6. Le Plan d'action mondial sert aussi à donner des orientations à toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional, national et local. Cela comprend l'évaluation de l'état actuel de leurs actions à l'appui de la gestion rationnelle des produits chimiques et la détermination des interventions à entreprendre en priorité pour remédier aux lacunes de cette gestion. On souligne toutefois que les priorités et les délais peuvent varier d'un pays à l'autre en fonction, par exemple, de leur situation au plan de la gestion des produits chimiques et de leur aptitude à appliquer une mesure donnée. On s'attend à ce que les gouvernements et les autres parties intéressées adoptent des programmes flexibles permettant le développement et le maintien de capacités adéquates dans tous les domaines touchant à la gestion rationnelle des produits chimiques, compte tenu des circonstances nationales et en conformité avec les objectifs de l'Approche stratégique.

7. En général, la priorité devrait être accordée aux activités :

a) Axées sur la réduction de l'écart au plan de la capacité de gestion rationnelle des produits chimiques qui existe entre, d'une part, les pays développés et, d'autre part, les pays en développement et les pays à économie en transition ;

b) Facilitant l'exécution des accords et des travaux existants ;

c) Ciblant des problèmes actuellement ignorés par les accords et les travaux existants ;

d) Visant à faire en sorte que, d'ici à 2020 :

i) Les produits chimiques ou les utilisations chimiques qui présentent des risques graves et non maîtrisables pour la santé et l'environnement[1] en se fondant sur une évaluation scientifique des risques et en prenant en compte les coûts et avantages ainsi

[1] Les groupes de produits chimiques auxquels la priorité pourrait être accordée aux fins d'évaluation et d'études connexes sont notamment les suivants : substances persistantes, bioaccumulatives et toxiques (PBT) ; substances très persistantes et très bioaccumulatives ; substances cancérigènes, mutagènes ou nocives notamment pour les systèmes reproducteur, endocrinien, immunitaire ou nerveux ; polluants organiques persistants (POP) ; mercure et autres substances chimiques préoccupants au niveau mondial ; produits chimiques produits ou utilisés en grandes quantités ; produits chimiques largement répandus ; et autres produits chimiques préoccupants au niveau national.

que la disponibilité de produits de remplacement sans danger et leur efficacité ne soient plus produits et utilisés ;

ii) Les risques liés aux rejets non intentionnels de produits chimiques qui présentent des dangers graves et non maîtrisables pour la santé et l'environnement[1] en se fondant sur une évaluation scientifique des risques et en prenant en compte les coûts et avantages soient réduits au minimum ;

e) Ciblant les produits chimiques qui posent des risques graves et non maîtrisables ;

f) Favorisant le développement des connaissances scientifiques adéquates sur les risques posés par les produits chimiques pour la santé et l'environnement et la possibilité pour toutes les parties prenantes d'y avoir accès.

8. Il est important, pour nombre de domaines d'activité, de travailler de manière concertée pour être le plus efficace possible. Il est donc essentiel que toutes les parties intéressées mènent des actions concertées appropriées autour des priorités mondiales. Parmi ces dernières, on peut notamment citer :

a) L'intégration des questions chimiques dans l'agenda plus global de développement, y compris l'élaboration de plans visant à hiérarchiser les actions et ce, en consultation avec les parties prenantes, y compris les groupes exposés ;

b) La promotion de la ratification et de l'application des conventions internationales existantes pertinentes relatives à la santé, à la sécurité, à la santé et la sécurité au travail et à l'environnement ;

c) La promotion de la mise en oeuvre des normes, outils et approches actuels reconnus au niveau international en matière d'environnement et de santé et pour la protection contre les produits chimiques, notamment le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH) et les registres des émissions et transferts de polluants ;

d) La promotion de la réduction des risques posés par le mercure et d'autres produits chimiques préoccupants au niveau mondial de façon à les réduire au minimum ;

e) La promotion de la réduction des quantités et de la toxicité des déchets dangereux ;

f) L'intensification des efforts pour prévenir le trafic illicite des produits chimiques et des déchets dangereux ;

g) La promotion d'une plus grande coordination entre les centres régionaux et nationaux et d'autres parties prenantes afin de s'attaquer à tout l'éventail des problèmes liés aux produits chimiques et aux déchets dangereux ;

h) Le développement de produits de remplacement afin de réduire et d'éliminer progressivement les pesticides hautement toxiques ;

i) La promotion du développement des capacités, de l'éducation et de la formation ainsi que de l'échange des informations sur la gestion rationnelle des produits chimiques pour toutes les parties intéressées ;

---

[1] *Ibid.*

j) La promotion d'initiatives industrielles volontaires et la bonne gestion des produits dans toutes les industries pertinentes ;

k) La promotion de l'élimination de l'essence au plomb ;

l) La promotion de la réhabilitation des sites contaminés.

A. Mesures à l'appui de la réduction des risques

9. Dans la catégorie de la réduction des risques, les domaines d'activité en matière de protection de la santé humaine et de l'environnement comprendraient l'élaboration de plans d'action pour la résolution de problèmes prioritaires touchant les groupes particulièrement exposés. Au nombre des mesures destinées à protéger la santé des femmes et des enfants, on trouverait la réduction au minimum des expositions à des produits chimiques avant la conception et durant non seulement la gestation, mais aussi le premier âge, l'enfance et l'adolescence. La santé et la sécurité des travailleurs seraient favorisés grâce à des mesures telles que la mise en place de systèmes nationaux de contrôle et l'application de normes adéquates en matière de santé et de sécurité des travailleurs, dans le but de réduire au minimum les risques posés par les produits chimiques sur les lieux de travail. Les groupes de produits chimiques qui pourraient être prioritaires aux fins d'évaluation et d'études connexes, notamment pour le développement et l'utilisation de produits de remplacement sûrs et efficaces, incluent notamment : les substances persistantes, bioaccumulatives et toxiques ; les substances très persistantes et très bioaccumulatives ; les produits chimiques cancérigènes ou mutagènes qui ont des effets nocifs sur les systèmes reproducteur, endocrinien, nerveux ou immunitaire ; les polluants organiques persistants ; le mercure et autres produits chimiques préoccupants au niveau mondial ; les produits chimiques produits ou utilisés dans des quantités élevées ; les produits chimiques dont les utilisations sont largement répandues ; et les autres produits chimiques préoccupants au niveau national. La réduction au minimum des déchets dangereux serait renforcée dans le cadre des plans et politiques nationaux, et grâce à la sensibilisation et la protection des manutentionnaires, tandis que les sites contaminés seraient identifiés et réhabilités. Les mesures de prévention de la pollution incluraient l'élimination de l'essence au plomb. Les capacités de traitement des cas d'intoxication et autres incidents chimiques seraient renforcées.

B. Renforcement des connaissances et de l'information

10. Parmi les mesures de renforcement des connaissances et de l'information, on trouverait l'amélioration de l'éducation, la formation et la sensibilisation des personnes susceptibles d'être exposées à des substances chimiques toxiques à une étape quelconque de leur cycle de vie, ainsi que la production et la diffusion d'informations sur les risques posés par chacun des produits chimiques en vente dans le commerce, en tenant compte des exigences légitimes en matière de confidentialité commerciale. A cela se rajouteraient la surveillance accrue des impacts des produits chimiques sur la santé et l'environnement, des évaluations harmonisées des risques, les initiatives de mise en application du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques, ainsi que l'établissement et la publication de registres nationaux des émissions et transferts de polluants.

C. Gouvernance : renforcement des institutions, des lois et des politiques

11. En ce qui concerne les objectifs de l'Approche stratégique au plan de la gouvernance, les mesures les plus importantes seraient celles de révision des législations nationales en vue de la ratification et de l'application des actuels accords internationaux traitant des produits chimiques et des déchets dangereux – notamment la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination, la Convention de Rotterdam sur la procédure de

consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international, la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, les conventions de l'Organisation internationale du Travail sur la protection des travailleurs et les mesures visant à améliorer la coordination et les synergies dans le domaine des politiques et activités nationales et internationales se rapportant à la sécurité chimique. Les mesures destinées à assurer la participation de tous les intéressés, en particulier les femmes, à la gestion du cycle de vie des produits chimiques joueraient également un rôle essentiel. Celles d'intégration de la gestion des produits chimiques aux stratégies d'aide au développement, de développement durable et de réduction de la pauvreté seraient importantes pour étayer l'affectation plus efficace des ressources aux activités relatives à la sécurité chimique. Au nombre des autres mesures se rapportant à la gouvernance, on trouverait l'élaboration de systèmes de planification préalable des secours et d'intervention en cas d'accident chimique, l'étude de l'utilisation de produits chimiques dans les zones protégées, la formation aux procédures de détermination de la responsabilité et de compensation des dommages causés à la santé humaine et à l'environnement par la production ou l'utilisation de produits chimiques, et les actions visant à prévenir et détecter le trafic illicite de produits chimiques et de déchets dangereux.

D. Intensification du développement des capacités

12. Parmi les mesures de développement des capacités, on cite la formation du personnel dans le but de procurer les compétences nécessaires pour appuyer la mise en oeuvre systématique de l'Approche stratégique aux niveaux local, national et régional d'une façon coordonnée et pour l'éventail complet des besoins en matière de sécurité chimique, en particulier la planification stratégique, l'évaluation et la gestion des risques, le contrôle, la recherche et la lutte contre le trafic illicite. On se servirait des mécanismes d'échange d'informations sur le renforcement des capacités pour assurer la coordination.

E. Lutte contre le trafic international illicite

13. Il importe de prendre des mesures aux niveaux national, régional et mondial pour prévenir et détecter le trafic illicite de produits chimiques et de déchets dangereux, et notamment s'employer à mettre plus efficacement en application les conventions internationales relatives aux mouvements transfrontières de produits chimiques et de déchets dangereux.

F. Pratiques générales améliorées

14. La liste des domaines d'activité contient un certain nombre d'activités pour améliorer les pratiques générales de gestion des produits chimiques, par exemple, l'élaboration et la mise en oeuvre de méthodes de production plus propres selon les meilleures techniques disponibles et les meilleures pratiques environnementales. Pareillement, l'utilisation de meilleures méthodes agricoles, y compris l'utilisation de produits de remplacement non chimiques, serait encouragée. Au nombre des mesures associées à une plus grande responsabilité sociale et écologique des entreprises aux fins de la production et de l'utilisation sans risque des produits, on compterait la poursuite de la conception et de la mise en oeuvre d'initiatives telles que le Programme Gestion responsable de l'industrie chimique et le Code de conduite international sur la distribution et l'utilisation des pesticides de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.

ANNEXE 2

Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, 2006-2015[1]

[A59/11, annexe – 18 mai 2006]

TABLE DES MATIERES

Pages

1. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE 78
   1.1 La charge mondiale 78
   1.2 Pourquoi investir maintenant dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ? 80
   1.3 Les possibilités de mener une action plus efficace 82

2. BUT ET PORTEE DE LA STRATEGIE 88
   2.1 Finalité et objectifs 88
   2.2 Public visé 89
   2.3 Principes directeurs 89
   2.4 Eléments fondamentaux de l'action 90

3. LA STRATEGIE TECHNIQUE : METTRE A PROFIT LES EXPERIENCES CONCLUANTES EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 91
   3.1 La dynamique de la transmission 91
   3.2 Les interventions de lutte 93
   3.3 Améliorer l'information pour développer les politiques et les programmes 101
   3.4 L'interface avec d'autres programmes et d'autres partenaires 104
   3.5 Renforcer la capacité des systèmes de santé d'assurer une prestation de services efficace 111
   3.6 Les priorités pour une action immédiate 120

4. LA STRATEGIE DE SENSIBILISATION : MOBILISER LES RESPONSABLES POLITIQUES ET SOCIAUX ET LES BAILLEURS DE FONDS 127
   4.1 Sensibiliser 127
   4.2 Collaborer avec les médias 127
   4.3 Former des partenariats efficaces 128
   4.4 Mobiliser des ressources financières 128

[1] Voir résolution WHA59.19.

1. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

1.1 La charge mondiale

Plus de 30 bactéries, virus et parasites pathogènes sont sexuellement transmissibles. Les infections sexuellement transmissibles se transmettent la plupart du temps lors d'un rapport sexuel, mais aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse et à l'accouchement, par les produits sanguins, par transplantation, greffe et transfert ou occasionnellement par d'autres voies non sexuelles. Les infections sexuellement transmissibles, au nombre desquelles figure l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à l'origine du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), sont considérées depuis longtemps comme un problème de santé publique important. Les germes pathogènes sexuellement transmissibles les plus courants et les maladies qu'ils causent sont répertoriés dans le Tableau 1.

On estime à plus de 340 millions le nombre annuel de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles curables – dues aux germes *Treponema pallidum* (syphilis), *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Trichomonas vaginalis* – chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans, la plus forte proportion étant dans la région de l'Asie du Sud et du Sud-Est, suivie de l'Afrique subsaharienne, puis de l'Amérique latine et des Caraïbes. Des millions de cas d'infections sexuellement transmissibles virales se produisent aussi tous les ans, les virus en cause étant principalement le VIH, les *Herpesvirus* humains, les papillomavirus humains et le virus de l'hépatite B. A l'échelle mondiale, l'ensemble de ces infections pèse très lourdement sur la santé et l'économie, surtout dans les pays en développement, où elles représentent 17 % des pertes économiques dues aux problèmes de santé.

- L'infection due au virus *Herpes simplex* type 2 est la première cause d'ulcérations génitales dans les pays en développement. D'après les données concernant l'Afrique subsaharienne, 30 à 80 % des femmes et 10 à 50 % des hommes sont porteurs du virus. Chez les femmes d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, la prévalence de l'infection virale se situe entre 20 et 40 %. Dans les pays en développement d'Asie, la prévalence dans la population générale s'échelonne entre 10 et 30 %. Aux Etats-Unis d'Amérique, elle est de 19 % dans la tranche d'âge 14-49 ans et, partout dans le monde, la séropositivité est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge. L'infection due au virus *Herpes simplex* type 2 joue un rôle important dans la transmission du VIH. Une étude réalisée à Mwanza (République-Unie de Tanzanie) révèle que 74 % des infections à VIH chez les hommes et 22 % chez les femmes sont imputables à la présence du virus *Herpes simplex* type 2.

- Le papillomavirus humain, autre virus pathogène important transmis par voie sexuelle, cause chaque année environ 500 000 cancers du col de l'utérus, recensés pour la plupart dans les pays qui ont peu de ressources et dont 240 000 sont mortels.

- Le virus de l'hépatite B, qui se transmet par voie sexuelle ainsi que par l'utilisation commune d'aiguilles, par la transfusion sanguine et de la mère à l'enfant, cause chaque année, d'après les estimations, 350 millions de cas d'hépatite chronique et au moins un million de décès par cirrhose ou cancer du foie. Il existe un vaccin pour prévenir l'hépatite B et réduire ainsi l'incidence du cancer du foie.

Tableau 1. Principaux agents pathogènes sexuellement transmissibles et maladies qu'ils causent

Agents pathogènes	Manifestations cliniques et autres maladies associées
Infections bactériennes	
Neisseria gonorrhoeae	GONORRHEE **Hommes :** écoulement urétral (urétrite), épididymite, orchite, stérilité **Femmes :** cervicite, endométrite, salpingite, infection génitale haute, stérilité, rupture prématurée des membranes, périhépatite **Deux sexes :** rectite, pharyngite, gonococcie disséminée **Nouveau-nés :** conjonctivite, cicatrices cornéennes et cécité
Chlamydia trachomatis	CHLAMYDIOSE **Hommes :** écoulement urétral (urétrite), épididymite, orchite, stérilité **Femmes :** cervicite, endométrite, salpingite, infection génitale haute, stérilité, rupture prématurée des membranes, périhépatite ; souvent asymptomatique **Deux sexes :** rectite, pharyngite, syndrome de Reiter **Nouveau-nés :** conjonctivite, pneumonie
Chlamydia trachomatis (souches L1-L3)	LYMPHOGRANULOME VENERIEN **Deux sexes :** ulcère, oedème inguinal (bubon), rectite
Treponema pallidum	SYPHILIS **Deux sexes :** ulcération primaire (chancre) associée à une adénopathie locale, éruption cutanée, condylomatose ; atteintes osseuses, cardio-vasculaires et neurologiques **Femmes :** grossesses improductives (avortement, mortinaissance), accouchement avant terme **Nouveau-nés :** mortinaissance, syphilis congénitale
Haemophilus ducreyi	CHANCRE MOU **Deux sexes :** ulcères génitaux douloureux parfois associés à un bubon
Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis	GRANULOME INGUINAL (DONOVANOSE) **Deux sexes :** nodules et ulcérations dans la sphère inguinale et anogénitale
Mycoplasma genitalium	**Hommes :** écoulement urétral (urétrite non gonococcique) **Femmes :** vaginose bactérienne, probablement infection génitale haute
Ureaplasma urealyticum	**Hommes :** écoulement urétral (urétrite non gonococcique) **Femmes :** vaginose bactérienne, probablement infection génitale haute
Infections virales	
Virus de l'immunodéficience humaine	SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE (SIDA) **Deux sexes :** maladie liée au VIH, SIDA
Virus *Herpes simplex* type 2 Virus *Herpes simplex* type 1 (plus rarement)	HERPES GENITAL **Deux sexes :** lésions vésiculaires et ulcérations anogénitales **Nouveau-nés :** herpès néonatal (souvent mortel)
Papillomavirus humain	CONDYLOMES ACUMINES **Hommes :** condylomes péniens et anaux ; cancer du pénis **Femmes :** condylomes de la vulve, de l'anus et du col de l'utérus, cancer du col, cancer de la vulve, cancer anal **Nouveau-nés :** papillome laryngé
Virus de l'hépatite B	HEPATITE VIRALE **Deux sexes :** hépatite aiguë, cirrhose du foie, cancer du foie
Cytomégalovirus	INFECTION A CYTOMEGALOVIRUS **Deux sexes :** fièvre infraclinique ou non spécifique, gonflement diffus des ganglions lymphatiques, hépatopathie, etc.
Virus molluscum contagiosum	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM **Deux sexes :** nodules cutanés ombiliqués et indurés généralisés ou siégeant sur les parties génitales
Sarcome de Kaposi associé au virus de l'herpès (virus de l'herpès humain type 8)	SARCOME DE KAPOSI **Deux sexes :** type agressif de cancer chez les sujets immunodéprimés
Protozooses	
Trichomonas vaginalis	TRICHOMONASE **Hommes :** écoulement urétral (urétrite non gonococcique) ; souvent asymptomatique **Femmes :** vaginose avec pertes vaginales abondantes et bulleuses ; accouchement avant terme, faible poids de naissance **Nouveau-nés :** faible poids de naissance
Mycoses	
Candida albicans	CANDIDOSE **Hommes :** balanite **Femmes :** vulvo-vaginite avec pertes vaginales caillebottées, démangeaisons ou brûlures vulvaires
Parasitoses	
Phthirus pubis	PHTIRIASE DU PUBIS
Sarcoptes scabiei	GALE

Vu les tendances sociales, démographiques et migratoires, le nombre de personnes exposées aux infections sexuellement transmissibles va continuer d'augmenter considérablement. La charge de morbidité est plus lourde dans les pays en développement, mais elle devrait s'accroître aussi dans les pays industrialisés en raison de la prévalence des infections virales incurables, de l'évolution des comportements sexuels et de l'essor des voyages. Les infections sexuellement transmissibles et leurs complications ont un coût socio-économique important. Elles comptent parmi les dix motifs de consultation les plus courants dans la plupart des pays en développement et grèvent à la fois le budget national de la santé et le revenu des ménages. Les soins en cas de séquelles – dépistage et traitement du cancer du col, prise en charge des affections du foie, examens pour stérilité, soins en cas d'affection périnatale, cécité infantile, pneumopathie chez l'enfant et douleurs pelviennes chroniques chez la femme – comptent pour beaucoup dans le coût des soins tertiaires. Le coût social comprend notamment les conflits entre partenaires sexuels et la violence domestique. Le coût des infections sexuellement transmissibles est plus important encore quand on tient compte du fait qu'elles contribuent à la transmission du VIH.[1]

1.2 Pourquoi investir maintenant dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ?

1.2.1 Pour réduire la morbidité et la mortalité

Sans compter l'infection à VIH, les infections sexuellement transmissibles font peser une lourde charge de morbidité et de mortalité sur les pays qui ont peu de ressources et sur les pays développés, directement par leurs conséquences sur la qualité de la vie, la santé génésique et la santé de l'enfant, et indirectement par leur rôle dans la transmission sexuelle du VIH et leur impact sur l'économie nationale et le revenu des individus.

Leurs conséquences sur la santé vont de maladies aiguës bénignes à des lésions douloureuses invalidantes, en passant par des troubles psychologiques. L'infection à *N. gonorrhoeae*, par exemple, provoque une douleur à la miction chez l'homme et des douleurs abdominales basses aiguës ou chroniques chez la femme. Quoique indolore aux premiers stades, une infection à *T. pallidum* non traitée peut entraîner par la suite des atteintes neurologiques, cardio-vasculaires et osseuses et, en phase aiguë, la perte foetale chez la femme enceinte. Le chancre mou provoque des ulcérations douloureuses et incapacitantes avec destruction tissulaire étendue si le traitement n'est pas mis en route dès les premiers jours, en particulier chez les sujets immunodéprimés. L'herpès génital cause d'importantes souffrances psychosexuelles parce que douloureux et récidivant, notamment chez les jeunes.

Les infections sexuellement transmissibles entraînent par ailleurs d'importantes pertes économiques et pertes de productivité pour les individus et les pays. Elles ont des coûts directs de nature médicale et non médicale – soins et matériel – et des coûts indirects – temps pendant lequel un

---

[1] Le VIH se transmettant principalement par voie sexuelle à l'échelle mondiale, l'infection à VIH entre dans la catégorie des infections sexuellement transmissibles, même s'il existe d'autres modes de transmission du virus. De nombreuses études épidémiologiques et biologiques ont établi au fil des ans que la présence d'autres infections sexuellement transmissibles facilitait l'acquisition et la transmission de l'infection à VIH, d'où l'assertion courante que les infections sexuellement transmissibles facilitent la transmission du VIH, ce qui peut laisser croire que l'infection à VIH n'est pas elle-même une infection sexuellement transmissible. Dans le présent document, on comprendra qu'il s'agit d'infections sexuellement transmissibles autres que l'infection à VIH chaque fois que l'expression « les infections sexuellement transmissibles facilitent la transmission du VIH » est utilisée. Dans les cas où il était indispensable d'être plus clair, les expressions « autres infections sexuellement transmissibles » ou « infections sexuellement transmissibles autres que l'infection à VIH » ont été utilisées. En règle générale, les stratégies et les interventions qui visent à prévenir l'infection à VIH valent aussi pour les autres infections sexuellement transmissibles.

individu ne peut avoir d'activité productive pour cause de maladie (déplacement pour se faire soigner, attente dans les services de santé et acte médical tel que prélèvement). La charge mondiale des infections sexuellement transmissibles autres que l'infection à VIH est telle qu'elles devraient être combattues comme un problème de santé publique à part entière.

1.2.2 Pour prévenir l'infection à VIH

La prévention et le traitement des autres infections sexuellement transmissibles réduisent le risque de transmission du VIH par voie sexuelle, en particulier chez les populations qui ont un grand nombre de partenaires sexuels comme les professionnels du sexe et leurs clients. La présence d'une infection sexuellement transmissible non traitée qui cause une inflammation ou une ulcération augmente en effet le risque de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel non protégé. Il semble que ce soit plus particulièrement vrai des maladies ulcératives : d'après des données récentes, l'herpès génital pourrait contribuer dans une large proportion aux nouveaux cas d'infection à VIH et le traitement suppressif de l'infection due au virus *Herpes simplex* type 2 réduit l'excrétion génitale du VIH chez la femme. On estime qu'une ulcération ou un antécédent d'ulcération des parties génitales multiplie par un chiffre compris entre 50 et 300 le risque de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel non protégé.

Les services qui soignent les infections sexuellement transmissibles sont l'un des principaux points d'entrée pour la prévention du VIH. Les personnes qui consultent pour une infection de ce type forment une importante population cible pour les conseils en matière de prévention et pour le dépistage volontaire et confidentiel du VIH, et elles peuvent avoir besoin de soins si elles sont VIH-positives. Les sujets qui consultent pour une infection sexuellement transmissible peuvent présenter aussi une infection primaire à VIH et ils ont alors généralement une importante charge virale. Au Malawi, l'excrétion du VIH dans le sperme était six fois supérieure chez les hommes atteints d'urétrite gonococcique. Après traitement de l'urétrite, la charge virale séminale est redescendue à des taux similaires à ceux enregistrés chez les hommes VIH-positifs ne souffrant pas d'urétrite. D'après une étude réalisée récemment aux Etats-Unis d'Amérique sur 52 hommes porteurs du VIH souffrant de syphilis primaire ou secondaire, et dont 58 % étaient sous traitement antirétroviral, la syphilis était associée à une augmentation sensible de la charge virale et à une diminution sensible de la numération des cellules $CD4^+$. Le traitement de la syphilis rétablissait l'immunité aux taux antérieurs à l'infection, ce qui montre combien il est important de prévenir et de traiter rapidement la syphilis chez les sujets VIH-positifs tant à des fins de prévention que pour améliorer la qualité des soins qui leur sont dispensés. Dans cette population, des messages appropriés de prévention, le traitement de toute autre infection sexuellement transmissible et la promotion de l'usage du préservatif pourraient avoir un effet notable sur la transmission du VIH.

Pour réaliser le sixième objectif du Millénaire pour le développement, les pays devront atteindre la cible 7 qui lui correspond, c'est-à-dire, d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle. En République-Unie de Tanzanie, il a été montré selon des méthodes scientifiques rigoureuses que le traitement des infections sexuellement transmissibles est un moyen à la fois efficace et économique de réduire la transmission du VIH par voie sexuelle : grâce à une meilleure prise en charge syndromique de ces infections, l'incidence du VIH a reculé de 38 % lors d'un essai réalisé dans une communauté de Mwanza. Les résultats de cet essai peuvent probablement être extrapolés à d'autres populations où se concentre l'épidémie d'infection à VIH, où le virus est la plupart du temps transmis par un partenaire occasionnel et où la prévalence des infections sexuellement transmissibles curables est élevée. Par conséquent, le traitement des infections sexuellement transmissibles est une des interventions praticables et d'un bon rapport coût/efficacité pour atteindre la cible 7.

1.2.3 Pour prévenir les complications graves chez la femme

Les infections sexuellement transmissibles sont la principale cause évitable de stérilité, surtout chez la femme. Entre 10 et 40 % des femmes chez lesquelles la chlamydiose n'est pas traitée développent une infection génitale haute symptomatique. Les lésions tubaires que provoque l'infection sont à l'origine de 30 à 40 % des cas de stérilité chez la femme. De plus, les femmes qui ont souffert d'une infection génitale haute ont six à dix fois plus de risques que les autres de faire une grossesse extra-utérine, et 40 à 50 % des grossesses extra-utérines peuvent être imputées à un antécédent d'infection génitale haute.

La cible 6 correspondant au cinquième objectif du Millénaire pour le développement consiste à réduire de trois quarts la mortalité maternelle d'ici à 2015. La prévention de l'infection génitale haute aidera à atteindre ce but en évitant les décès dus à une grossesse extra-utérine. Parallèlement, la prévention de l'infection à papillomavirus humain réduira le nombre de décès par cancer du col, cancer le plus fréquent chez la femme après le cancer du sein.

1.2.4 Pour éviter les issues défavorables de la grossesse

Si elles ne sont pas traitées, les infections sexuellement transmissibles provoquent des infections congénitales et périnatales chez le nouveau-né, surtout dans les endroits où elles restent fréquentes.

En l'absence de traitement, 25 % des grossesses chez les femmes souffrant d'une syphilis précoce se soldent par une mortinaissance et 14 % par la mort du nouveau-né, soit une mortalité périnatale totale de 40 % environ. En Afrique, par exemple, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est comprise entre 4 et 15 %. Jusqu'à 35 % des grossesses chez les femmes souffrant d'une gonococcie non traitée se soldent par une fausse couche ou un accouchement avant terme, et jusqu'à 10 % par un décès périnatal. En l'absence de prophylaxie, 30 à 50 % des nourrissons nés de mères ayant une gonorrhée non traitée et jusqu'à 30 % de ceux nés de mères ayant une chlamydiose non traitée contractent une ophtalmie du nouveau-né, qui peut conduire à la cécité ; à l'échelle mondiale, entre 1000 et 4000 nouveau-nés par an perdent la vue à cause de cette affection.

L'application universelle d'une intervention efficace contre la syphilis congénitale devrait permettre d'éviter quelque 492 000 mortinaissances et décès périnatals par an rien qu'en Afrique. En ce qui concerne le rapport coût/efficacité, à Mwanza (République-Unie de Tanzanie), où la prévalence de la syphilis évolutive est de 8 % chez les femmes enceintes, le coût de l'intervention est estimé à US $1,44 par femme soumise à un dépistage, US $20 par femme soignée et US $10,56 par année de vie supplémentaire ajustée sur l'incapacité. Le coût par année de vie supplémentaire ajustée sur l'incapacité se situe entre US $4 et US $19 si l'on tient compte de toutes les études de dépistage de la syphilis.

1.3 Les possibilités de mener une action plus efficace

1.3.1 Une intervention d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir l'infection à VIH

Une meilleure prise en charge des infections sexuellement transmissibles est une des interventions dont il est scientifiquement prouvé qu'elles réduisent l'incidence de l'infection à VIH dans la population générale. Son rapport coût/efficacité est encore meilleur si l'intervention est destinée à un groupe de population très exposé au risque de transmission.

1.3.2 De nouveaux partenariats

Une plus grande volonté se manifeste dans le monde de combattre le SIDA en faisant de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles une stratégie de prévention primaire. Il est dit dans la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA (juin 2001) que les soins, l'appui et le traitement sont des éléments essentiels d'une action efficace, mais que la prévention doit être le fondement de la riposte à la pandémie de SIDA, y compris le traitement précoce et efficace de ces infections. De nouveaux partenaires et de nouveaux bailleurs de fonds sont apparus sur la scène de l'aide internationale au développement, parmi lesquels des porte-parole puissants, des réseaux, des communautés et des partenaires influents dans des secteurs autres que celui de la santé, des acteurs commerciaux et des organisations philanthropiques. Il est possible d'obtenir des fonds de ces nouvelles sources de financement en plus de celles qui existent déjà pour mieux lutter contre toutes les infections sexuellement transmissibles.[1]

Diverses interventions et les bons résultats obtenus dans des pays peu nantis aussi différents que la Thaïlande et l'Ouganda et dans d'autres pays tels que le Danemark, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Suède montrent qu'il est possible d'endiguer les infections sexuellement transmissibles à condition de mobiliser une volonté politique et des ressources suffisantes pour assurer durablement le volume de prestations nécessaire. La collaboration entre pays et les partenariats avec les organismes concernés facilite l'échange d'informations et l'application à plus grande échelle des interventions réussies.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH peut être reliée à la prévention de la syphilis congénitale pour éviter le sort tragique des nouveau-nés qui échappent au VIH mais meurent de la syphilis, comme cela s'est vu en Haïti. Un tel couplage des interventions les rend plus efficaces par rapport à leur coût.

1.3.3 De nouvelles technologies pour renforcer l'action

Les progrès technologiques en matière de diagnostic, de traitement, de vaccins et de méthodes locales de prévention offrent de nouvelles possibilités pour prévenir, soigner et surveiller les infections sexuellement transmissibles.

Tests diagnostiques rapides

- De nouveaux tests tréponémiques extemporanés permettent de dépister la syphilis dans les postes de santé périphériques et donc de traiter tout de suite la maladie.

- Des tests d'amplification génomique peuvent être utilisés pour surveiller les tendances des infections et adapter les protocoles thérapeutiques. Certains s'utilisent sur des prélèvements de réalisation facile tels qu'un échantillon d'urine ou un prélèvement vaginal effectué par la patiente elle-même.

---

[1] Au nombre des mécanismes existants figurent le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme au niveau national, les stratégies et initiatives visant à élargir l'accès aux antirétroviraux, l'Emergency Plan for AIDS Relief du Président des Etats-Unis d'Amérique (qui prévoit US $15 milliards, dont US $9 milliards de fonds nouveaux, pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA pendant cinq ans en privilégiant 15 des pays les plus durement frappés) et les projets multisectoriels de prévention du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles mis sur pied par la Banque mondiale.

- Une nouvelle génération de tests de diagnostic de la chlamydiose rapides et peu coûteux est en cours de développement.

Thérapies

- Certains traitements deviennent plus abordables, par exemple la ciprofloxacine (quand elle est indiquée) et l'acyclovir. D'autres comme l'azithromycine et la céfixime, qui présentent l'avantage d'être administrés en dose unique, deviendront meilleur marché à expiration des brevets et quand des stratégies d'achat en gros seront appliquées. Les pénicillines demeurent efficaces contre la syphilis précoce et peuvent être administrées en dose unique, mais par injection.

Vaccins

- Les vaccins qui protègent contre les papillomavirus humains oncogènes sont très prometteurs et seront bientôt disponibles. La communauté internationale devrait collaborer avec les pays à la mise au point de stratégies pour utiliser ces vaccins, encourager leur utilisation dans les programmes nationaux de vaccination et instaurer ainsi une large couverture, en particulier des adolescents, afin que les bénéficiaires soient protégés avant de devenir sexuellement actifs.

- Il n'existe pas encore de vaccin efficace contre le virus *Herpes simplex* type 2. Toutefois, un vaccin s'avère prometteur chez les femmes qui n'ont jamais été exposées ni au type 1 ni au type 2 du virus. Il faut faire d'autres essais sur le terrain pour évaluer son utilité dans divers contextes épidémiologiques. Vu la forte prévalence de l'infection due au virus *Herpes simplex* type 2 et combien elle facilite la transmission du VIH, un vaccin qui protège contre le virus à un âge précoce offrirait de grands espoirs. La communauté internationale, les scientifiques, les organismes de financement et les gouvernements devraient s'unir pour planifier et faire avancer la mise au point de vaccins efficaces contre le virus *Herpes simplex* type 2.

- Il existe un vaccin préventif contre l'hépatite B depuis 1982. Les pays devraient adopter des plans de prévention de l'hépatite B et se servir plus largement du vaccin existant dans leurs programmes de vaccination afin que tous les enfants de tous les pays soient vaccinés et que tous les adultes sexuellement actifs très exposés à l'infection puissent se faire vacciner.

1.3.4 Une approche de santé publique pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles

Il est possible de prévenir et de soigner efficacement les infections sexuellement transmissibles en combinant plusieurs interventions. Il faudrait étendre les services de prévention et de soins et y inclure un module de santé publique comprenant les éléments suivants :

- promotion d'un comportement sexuel à moindre risque ;

- encouragement à se faire soigner sans tarder ;

- intégration de la prévention et des soins dans tous les programmes de soins de santé primaires, y compris les programmes de santé sexuelle et génésique et les programmes de lutte contre le VIH. Des programmes économiques de lutte intégrée contre les infections sexuellement transmissibles, le VIH et la tuberculose ont donné de bons résultats dans plusieurs pays. Les soins sont généralement prodigués par les mêmes prestateurs dans les centres de santé primaires

que ceux qui dispensent déjà les soins primaires. Cette approche est intéressante et économique à la fois pour le client et pour le système de santé ;

- approche globale de la prise en charge comprenant :
  - l'identification du syndrome ;
  - un traitement antimicrobien adapté au syndrome ;
  - l'éducation et le conseil concernant les moyens de se prémunir contre les agents pathogènes sexuellement transmissibles, y compris le VIH, ou de réduire les risques de contamination ;
  - la promotion d'un usage correct et régulier du préservatif ;
  - la notification aux partenaires (voir section 3.2.3).

Les interventions et les stratégies doivent, dans la mesure du possible, reposer sur des données probantes. En appliquant et en évaluant avec soin des interventions innovantes, on peut toutefois réunir des données qui permettront d'orienter les politiques, les programmes et le passage à l'échelle supérieure. Il est donc important de suivre les étapes suivantes : planifier, agir, évaluer et, si les résultats sont bons, passer à l'échelle supérieure. Au nombre des approches innovantes se prêtant à un tel processus figurent :

- le traitement présomptif périodique. Cette solution à court terme permet d'endiguer certaines infections sexuellement transmissibles quand le traitement est utilisé dans des groupes de population spécifiques et dans un contexte qui s'y prête ;
- la commercialisation à but social de produits contre les infections sexuellement transmissibles. Dans certains endroits, la commercialisation à but social de médicaments et de préservatifs préemballés (en indiquant comment en faire un usage correct et régulier) pour prévenir et traiter ces infections a permis d'élargir l'accès aux services ;
- la prestation de services adaptés aux adolescents : on sait par expérience comment faire en sorte que les services conviennent mieux aux adolescents. Les pays devraient mettre à profit ce savoir et appliquer plus largement les interventions adaptées à leur situation propre ou au contexte local afin d'en faire bénéficier tous les adolescents qui en ont besoin ;
- la participation et la motivation des hommes et les services qui leur sont destinés : des projets pilotes visant les hommes ont donné de bons résultats. Il faut les adapter aux conditions locales et les appliquer à plus grande échelle ;
- la surveillance de deuxième génération du VIH, qui couvre aussi les comportements et les infections sexuellement transmissibles : une telle approche fournit des informations utiles aux programmes sur les bonnes interventions contre toutes les infections sexuellement transmissibles.

1.3.5 Promotion de l'usage du préservatif auprès des populations ayant des comportements à haut risque et de la population générale

Suffisamment d'éléments montrent qu'utilisés de façon correcte et régulière, les préservatifs protègent les hommes et les femmes contre le risque de contamination par le VIH. Ils réduisent aussi

le risque de gonorrhée chez les hommes. L'usage correct et régulier du préservatif réduit non seulement le risque de contamination par le VIH et le risque d'urétrite chez les hommes, mais aussi le risque de contracter les infections suivantes :

- infection génitale due au virus *Herpes simplex* type 2 pour les hommes et les femmes ;
- syphilis pour les hommes et les femmes ;
- chlamydiose pour les hommes et les femmes ;
- gonococcie pour les femmes ;
- éventuellement trichomonase pour les femmes.

L'usage du préservatif accélère par ailleurs la régression des lésions du col et du pénis provoquées par le papillomavirus humain et la guérison de l'infection génitale à papillomavirus humain chez les femmes.

Compte tenu de ces éléments, il importe d'évaluer l'ampleur de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles dans la population générale et dans les populations à haut risque. Dans les pays où ces infections sont fréquentes à la fois dans la population générale et dans les populations à haut risque, les stratégies favorisant une sexualité à moindre risque doivent être appliquées sous forme de modules à ces deux catégories de population. Au nombre de ces stratégies figurent la promotion de l'usage correct des préservatifs masculin et féminin, leur distribution, l'abstinence sexuelle, le retardement du premier rapport et la réduction du nombre de partenaires. Quand les infections se concentrent dans les populations à haut risque, on donnera la priorité aux interventions ciblées sans toutefois exclure les services d'éducation et autres services de prévention et de soins destinés à la population générale.

1.3.6 Obstacles à la prestation de services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles

Depuis cinq ans, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles autres que l'infection à VIH suscite moins d'intérêt et attire moins de ressources alors que ces maladies contribuent notablement à la transmission du VIH et malgré la morbidité et la mortalité qui leur sont directement imputables à l'échelle mondiale. L'action de sensibilisation et l'appui sont davantage axés sur le traitement antirétroviral et les politiques de conseil et de dépistage du VIH.

Malgré le programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et l'aboutissement de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), les défenseurs de la cause de la santé sexuelle et génésique ne se sont pas empressés d'intégrer la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (y compris l'infection à VIH) dans leur action. L'intégration de ces activités dans les programmes de santé sexuelle et génésique afin d'en étendre la couverture s'est révélée plus complexe que prévu. Elle a donné des résultats variables ; on ne sait pas encore au juste quelle est la meilleure configuration des interventions intégrées et quel effet elles ont sur la prévention des grossesses non désirées et des infections.

De plus, la prise en charge syndromique des femmes qui présentent un écoulement vaginal est d'une efficacité aléatoire pour la détection et la prise en charge des infections du col, en particulier quand la prévalence des infections sexuellement transmissibles est faible. D'où la nécessité de tests

diagnostiques rapides et peu coûteux. Le développement de ces tests est lent et ceux mis au point sont encore trop chers pour que les pouvoirs publics puissent les intégrer aux programmes nationaux de soins.

Les efforts de prévention se sont heurtés à plusieurs autres obstacles. Les déterminants de l'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles sont multiples (inégalités entre les sexes, pauvreté et autres disparités socio-économiques) et les interventions préventives ne prennent pas en considération l'ensemble des déterminants. Au niveau des soins, il est crucial d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments et en préservatifs, mais les systèmes de santé n'y sont pas parvenus. Généralement, les services de conseil sur les moyens de réduire les risques font eux aussi défaut. La lutte contre ces infections exige la participation de partenaires de différents secteurs, de différentes disciplines et communautés (y compris d'organisations non gouvernementales et confessionnelles), mais ce vaste engagement demeure un pari difficile, en particulier la participation communautaire.

Outre ces carences, d'autres facteurs sous-jacents expliquent qu'on ne soit pas parvenu à endiguer les infections sexuellement transmissibles :

- l'ignorance et le manque d'informations perpétuent les idées fausses et la stigmatisation à laquelle ces maladies donnent lieu ;

- beaucoup d'infections ont tendance à être asymptomatiques ou ne sont détectées qu'après l'apparition de complications et de séquelles, en particulier chez la femme ;

- la stigmatisation associée à ces maladies (et aux établissements qui assurent les services) demeure un important obstacle aux interventions de prévention et de soins.

  Aux niveaux individuel et communautaire, la stigmatisation a pour effets :

  - de dissuader les malades de se faire soigner rapidement ;

  - de les inciter à consulter des prestateurs du secteur privé, que ce soit un agent de santé qualifié, un pharmacien, un tradipraticien ou d'autres types de prestateurs qui leur semblent être plus accessibles, plus soucieux du secret médical et garants d'une moindre stigmatisation que les établissements du secteur public ;

  - de rendre difficile la notification aux partenaires sexuels et leur traitement.

  Au niveau des responsables politiques et des décideurs, d'autres facteurs interviennent :

- Les responsables politiques et les planificateurs ne font pas de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles une priorité. Parfois, la stigmatisation et les préjugés associés à ces infections et la méconnaissance de leurs répercussions sur la santé et le développement économique aggravent encore la situation.

- Les donateurs allouent de plus en plus souvent leur aide à l'ensemble du secteur de la santé plutôt qu'à des projets précis tels que la lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Certes, les ministères de la santé sont ainsi libres de décider des priorités nationales, mais rien n'incite les pays qui, en raison de la stigmatisation, font d'habitude peu de cas de ces pathologies dans leur budget santé à leur accorder une plus grande importance.

- Les populations considérées comme particulièrement vulnérables aux infections sexuellement transmissibles, tels les jeunes et les adolescents, les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes homosexuels, les transsexuels, les toxicomanes, les détenus, les populations mobiles (qui se déplacent pour le travail ou les loisirs), les enfants et les jeunes qui vivent dans la rue et les victimes de conflits ou de troubles civils, ne reçoivent pas l'éducation dont elles ont besoin et ne bénéficient pas de services adaptés.

2. BUT ET PORTEE DE LA STRATEGIE

2.1 Finalité et objectifs

La stratégie mondiale a été élaborée pour servir de cadre à une action mondiale accélérée contre les infections sexuellement transmissibles qui aidera à atteindre les objectifs de développement internationaux. Elle vise notamment les objectifs suivants :

- inciter les gouvernements et les partenaires nationaux et internationaux de l'action de développement à lutter plus activement contre les infections sexuellement transmissibles ;

- promouvoir la mobilisation de fonds et la réaffectation des ressources en tenant compte des interventions axées sur les résultats qui sont jugées prioritaires au niveau national et qui garantissent l'efficacité de l'aide, l'appropriation, l'harmonisation, les résultats et la responsabilité ;[1]

- faire en sorte que les politiques, les lois et les initiatives en matière de soins soient non stigmatisantes et respectueuses des différences entre hommes et femmes dans le contexte socioculturel ;

- mobiliser les forces et les compétences de tous les partenaires et de toutes les institutions afin d'appliquer durablement à plus grande échelle les interventions de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

L'action menée dans le monde comprendra deux volets stratégiques.

Volet technique : stratégie technique mondiale adaptable aux niveaux des pays et des Régions et qui prévoit des solutions pour regrouper et assurer durablement les principales interventions dont se composent les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Elle s'appuiera sur les leçons tirées de l'expérience et sur les mesures éprouvées qui méritent d'être appliquées plus largement. Elle mettra en évidence les problèmes concernant :

- les services de soins pour les populations prioritaires (adolescents et professionnels du sexe, par exemple), soit qu'il n'y en ait pas, soit qu'ils soient inadaptés ;

- le diagnostic et le traitement des infections asymptomatiques ;

- l'approche syndromique pour la prise en charge de l'écoulement vaginal anormal ;

[1] Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement : appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle. Paris, mars 2005.

– la prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les partenaires sexuels ;

– l'attitude des prestateurs de soins ;

– l'existence de données pour la planification et leur fiabilité.

Elle fera apparaître en outre les possibilités d'interface et d'intégration avec les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de santé sexuelle et génésique, ainsi que les possibilités de participation du secteur privé.

Volet sensibilisation : campagne mondiale pour sensibiliser l'opinion et mobiliser des ressources partout dans le monde. Elle se déroulera parallèlement à d'autres initiatives comme les campagnes visant à éliminer la syphilis congénitale, endiguer et éradiquer les maladies curables qui provoquent des ulcères génitaux et combattre l'herpès génital et les infections génitales à papillomavirus humain.

2.2 Public visé

La stratégie définit les éléments fondamentaux d'une action efficace pour réduire la charge des infections sexuellement transmissibles et informe des questions essentielles qui s'y rapportent. Le but n'est pas de donner des indications sur la manière de concevoir ou de mener les activités.

La stratégie s'adresse aux responsables de programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et de santé sexuelle et génésique, aux acteurs du secteur de la santé, notamment aux prestateurs de soins des secteurs public et privé, aux ministres de la santé, aux responsables de l'élaboration des politiques et autres décideurs du secteur de la santé, aux organismes internationaux et aux partenaires non gouvernementaux, à d'autres instances et services gouvernementaux et aux donateurs.

2.3 Principes directeurs

La stratégie repose sur les cadres relatifs à l'éthique et aux droits de l'homme convenus au niveau international qui reconnaissent à tout être humain le droit de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, y compris de santé sexuelle et génésique. Elle est conforme au cadre juridique qui régit les droits des enfants et des adolescents en matière de santé génésique et, en particulier, le droit de ne pas subir de contraintes ou de mauvais traitements, notamment des sévices sexuels.

La stratégie est aussi fondée sur les principes suivants :

1. Il faut remédier aux inégalités entre les sexes par des interventions qui influent sur la volonté politique, sur les normes sociétales et les mentalités concernant les comportements sexuels et la condition de la femme. Pour mener une action efficace qui tienne compte des considérations de sexe, il faut encourager les hommes à être plus responsables et donner aux femmes les moyens de mieux se prémunir contre l'infection et de mieux se soigner.

2. Les interventions préventives et les soins doivent être assurés sans solution de continuité. Le bon équilibre entre les différentes activités dépendra des déterminants locaux de l'épidémiologie, des caractéristiques des infections et des ressources disponibles. Partout, l'action ne sera pleinement efficace que si l'approvisionnement en préservatifs et en médicaments contre les infections sexuellement transmissibles et leur accès sont garantis.

3. Les interventions doivent faire partie d'une gamme complète de services de santé sexuelle et génésique. Pour appliquer les stratégies de santé génésique et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, il est indispensable de travailler en étroite collaboration avec les programmes de santé sexuelle et génésique dans le cadre de la stratégie conçue par l'OMS pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique.

4. Une étroite collaboration entre les programmes de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et du VIH est capitale pour mener une action efficace, car non seulement les comportements qui exposent à la contamination par le VIH et d'autres agents pathogènes sexuellement transmissibles sont les mêmes, mais la prévention des infections sexuellement transmissibles et les soins aux personnes qui en sont atteintes restent des éléments clés de la prévention primaire du VIH/SIDA, en particulier dans les endroits et dans les populations où le VIH est peu répandu. Les deux programmes peuvent agir en synergie pour lutter à la fois contre l'infection à VIH et les autres infections sexuellement transmissibles. La stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA 2003-2007 élaborée par l'OMS, et les stratégies de l'OMS et de l'ONUSIDA visant l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement offriront un cadre utile à cette collaboration.

5. Il est crucial de former des partenariats pour mieux prévenir et soigner les infections sexuellement transmissibles. L'approche multisectorielle devrait associer les ministères de la santé, de l'éducation, des sports, du tourisme et des transports, les forces armées et les forces de l'ordre ainsi que les secteurs privé et non structuré.

6. La participation des communautés (y compris des organisations non gouvernementales et confessionnelles) et des populations vulnérables à la conception, à l'application et à l'évaluation des interventions et des services garantit leur adhésion au processus, enrichit celui-ci, assure un déroulement et des résultats bien adaptés à la culture et suscite un engagement en faveur de la mise en oeuvre.

7. Il est indispensable de lutter contre la stigmatisation et la discrimination au niveau individuel et au niveau de la société pour inciter les gens à se faire soigner et pour leur offrir de meilleurs services de prévention et de soins.

2.4 Eléments fondamentaux de l'action

Les éléments stratégiques dont un programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles doit se composer aux niveaux national et régional sont bien définis. Ils consistent notamment à :

- passer en revue les politiques, lois et réglementations applicables pour s'assurer qu'elles n'ont pas de caractère punitif ou coercitif et qu'elles concourent aux objectifs des programmes et services ;

- promouvoir des comportements favorables à la santé : comportements sexuels à moindre risque et volonté de se faire soigner, observance du traitement, attitude responsable concernant la notification aux partenaires sexuels et prise en charge s'ils sont atteints ;

- assurer les services nécessaires, y compris le dépistage prénatal de la syphilis et d'autres infections sexuellement transmissibles, la prophylaxie ophtalmique à la naissance et la vaccination contre l'hépatite B ;

- assurer un approvisionnement fiable en médicaments et produits sûrs, efficaces, peu coûteux et de grande qualité, y compris les préservatifs masculins et féminins et d'autres méthodes locales ;

- renforcer les éléments d'appui, y compris les recommandations – en les adaptant –, la formation, les réseaux d'information, la logistique, les services de laboratoire, la surveillance et la recherche.

Il faut trouver de nouvelles solutions de regroupement et de prestation de ces éléments fondamentaux. La difficulté consiste à trouver le meilleur moyen :

- de faire bénéficier des technologies et des outils existants et nouveaux ceux qui en ont le plus besoin ;

- d'améliorer les services cliniques pour qu'ils soient plus accessibles, plus accueillants et davantage axés sur les besoins du client ;

- de diffuser dans les langues locales des messages sanitaires clairs, plus percutants et plus faciles à mémoriser ;

- de nouer des relations solides avec les médias et de recruter des porte-parole qui plaident pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles dans les réseaux sociaux difficiles à pénétrer ;

- de promouvoir une action qui associe d'autres secteurs à celui de la santé, par exemple la justice et l'éducation, le tourisme et le secteur privé ;

- de former des partenariats public-privé pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles ;

- de rallier les organismes internationaux, les gouvernements, les organisations philanthropiques du secteur privé et les entreprises commerciales à une série d'interventions et d'initiatives prioritaires ;

- de renoncer à chercher des « solutions miracles » pour appliquer des interventions multiformes qui puissent se conjuguer dans des domaines et à des niveaux multiples et qui soient viables au niveau local.

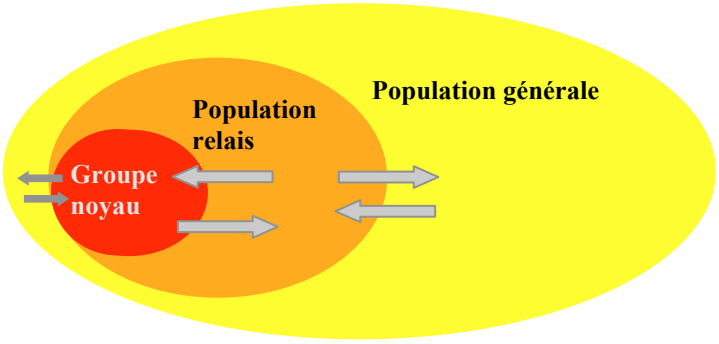
3. LA STRATEGIE TECHNIQUE : METTRE A PROFIT LES EXPERIENCES CONCLUANTES EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

3.1 La dynamique de la transmission

Depuis une vingtaine d'années, du fait de la pandémie d'infection à VIH et des efforts déployés pour lutter contre les autres infections sexuellement transmissibles, on connaît mieux la dynamique de la transmission de ce type d'infections. Les modèles mathématiques et la recherche ont montré le rôle important que jouent les réseaux sexuels dans leur propagation. Ces nouvelles connaissances doivent être prises en compte quand on conçoit des interventions stratégiques de prévention et de lutte.

La distribution de ces infections n'est pas statique au sein d'une population donnée. Les épidémies évoluent dans le temps et traversent différentes phases caractérisées par des changements dans la distribution et la transmission des agents pathogènes sexuellement transmissibles au sein de sous-populations et entre sous-populations. En général, au début d'une épidémie ou dans certaines zones géographiques, les agents pathogènes se transmettent entre personnes exposées à un risque élevé d'infection et changeant souvent de partenaires sexuels (*groupes noyaux*) et sont transmis par elles à d'autres personnes. A mesure que l'épidémie progresse, les agents pathogènes se propagent dans les populations à moindre risque (*populations relais*), qui peuvent constituer un lien sexuel important entre les groupes noyaux et la population générale. La condition sociale ou économique de certains groupes de population peut augmenter leur risque de contracter ou de transmettre une infection, les classant ainsi dans la catégorie des populations relais. Les réseaux sexuels varient selon les endroits, mais, en règle générale, les partenaires sexuels des personnes appartenant à des groupes où l'infection est fréquente (populations relais) contaminent à leur tour d'autres partenaires, par exemple leur conjoint ou d'autres partenaires réguliers au sein de la population générale. La Figure 1 présente de façon simplifiée la dynamique de la transmission des infections sexuellement transmissibles dans la population.

Figure 1. Dynamique de la transmission des infections sexuellement transmissibles au niveau de la population



Les différentes dynamiques d'interaction entre l'hôte et l'agent pathogène compliquent encore la situation, car elles dépendent d'une valeur seuil, R_0, le taux de reproduction de base. R_0 correspond au nombre attendu de cas secondaires issus d'un cas indicateur unique dans une population de personnes sensibles. R_0 résulte de la multiplication de trois variables, selon la formule $R_0 = \beta \times D \times C$, où β est l'efficacité de la transmission de l'agent pathogène pour un contact sexuel (infectiosité), D la durée de la période contagieuse et C la fréquence des changements de partenaires sexuels. Certains agents pathogènes (comme *Haemophilus ducreyi*) sont très contagieux mais la période contagieuse est courte, tandis que d'autres comme le VIH et le virus *Herpes simplex* type 2 sont relativement peu contagieux mais la période contagieuse est longue. *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Treponema pallidum* sont quant à eux d'une infectiosité intermédiaire pendant une durée intermédiaire. Par conséquent, l'évolution d'une épidémie diffère selon le type d'interaction population-agents pathogènes. Il faut, si possible, tenir compte de tous ces facteurs pour planifier un programme de lutte efficace.

Les facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles, y compris d'infection à VIH, varient selon le sexe, et les femmes et les nourrissons sont plus exposés. Les différences concernant la vulnérabilité et les séquelles tiennent à la sensibilité biologique et à des différences entre les sexes telles que les disparités de pouvoir, les facteurs comportementaux, notamment les pratiques sexuelles, la propension à se faire soigner et, dans certains endroits, les difficultés d'accès aux soins et le faible niveau d'instruction.

3.2 Les interventions de lutte

Pour avoir un impact maximum, les stratégies de lutte doivent être adaptées à la dynamique de la transmission qui vient d'être brièvement exposée. Pour concevoir les programmes, il faut savoir :

- quelles sont les populations les plus à risque ;
- quels sont les comportements ou les circonstances qui exposent ces populations ;
- quelles sont les meilleures approches et interventions pour interrompre la chaîne de transmission ;
- comment hiérarchiser, appliquer à plus grande échelle et pérenniser les interventions.

Dans certains endroits et dans certains pays, les infections sexuellement transmissibles sont fréquentes dans la population générale, tandis qu'ailleurs, elles ne touchent que des groupes de population particuliers. La cartographie des infections, des comportements sexuels (nombre de partenaires et fréquence des changements de partenaires, par exemple), des comportements préventifs (usage correct et régulier du préservatif, par exemple) et des comportements en matière de santé (comme la propension à se faire soigner) dans les groupes de population où les infections sont répandues, dans les groupes vulnérables et dans la population générale fournit des informations utiles sur la dynamique de la transmission et aide à déterminer les interventions qui auront le plus d'effets. Les interventions ciblées doivent être classées par ordre de priorité en fonction des besoins, de leur faisabilité et des ressources disponibles.

Les populations dont il faut analyser les comportements et la vulnérabilité pour éventuellement axer les interventions sur elles diffèrent selon les régions et les pays. Au nombre de celles qui nécessitent souvent des interventions ciblées figurent :

- les professionnels du sexe (hommes, femmes et transsexuels) et leurs clients, qui peuvent aussi avoir des partenaires sexuels réguliers ;
- les populations mobiles telles que les routiers qui parcourent de longues distances, les pêcheurs, les marins et les travailleurs migrants, qui sont plus exposés à l'infection surtout en raison de leur mobilité et parce qu'ils ont des contacts sexuels à haut risque ;
- les hommes homosexuels qui ont de multiples partenaires et qui ont des rapports anaux non protégés ;
- les hommes bisexuels ;
- les toxicomanes, notamment ceux qui se prostituent pour pouvoir se droguer ou qui ont des rapports sexuels avec des non-toxicomanes ;
- les détenus, en particulier les jeunes ;
- les réfugiés et les personnes déplacées à l'étranger ou dans leur propre pays ;
- les membres des forces de l'ordre et des forces armées ;

– les touristes, en particulier ceux qui pratiquent le tourisme sexuel ;

– les femmes et les hommes qui subissent des violences, notamment des violences sexuelles ;

– les enfants et les jeunes qui vivent dans la rue, qui sont maltraités ou orphelins.

Les adolescents sont particulièrement exposés aux infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, parce qu'ils n'ont pas toujours les informations, les compétences pratiques, les soins et le soutien dont ils auraient besoin au cours de leur développement sexuel. Ils ont tendance à avoir des relations sexuelles occasionnelles et imprévues, souvent sous la pression ou sous la contrainte de leur partenaire, ou encore en échange d'argent ou d'une autre gratification. Les adolescentes, notamment, sont plus vulnérables que les hommes pour des raisons biologiques, sociales et économiques. Dans les cultures où les adolescents, surtout les filles, se marient jeunes, les programmes nationaux doivent tenir compte du fait que les jeunes filles sont plus exposées en raison des facteurs biologiques et sociaux cités plus haut, même si elles sont considérées comme des adultes une fois mariées. Chez les jeunes, la prévention des infections sexuellement transmissibles, infection à VIH comprise, et les soins nécessiteront une série d'interventions adaptées à l'âge et relevant de différents secteurs. Le secteur de la santé sera lui-même responsable de certaines d'entre elles et fera appel à divers partenaires du système de santé. Certaines interventions destinées aux adolescents sont exposées dans la section 3.4.1.

Toutes les interventions ciblées doivent cependant être assurées dans le cadre de services efficaces qui s'occupent des personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles et assurent d'autres prestations à l'intention de la population générale et des populations visées.

3.2.1 Promouvoir un comportement sexuel favorable à la santé

Une lutte efficace contre les infections sexuellement transmissibles commence par la prévention, c'est-à-dire la diffusion d'informations exactes et explicites sur les pratiques sexuelles à moindre risque, y compris l'usage correct et régulier des préservatifs masculin et féminin, le retardement du début de l'activité sexuelle, la fidélité à un seul partenaire ou la limitation du nombre de partenaires. En plus des interventions préventives, des services thérapeutiques sont indispensables pour soigner les infections sans retard et avec efficacité.

La communication incitant à changer de comportement s'inscrit dans un processus intégré d'interaction avec les communautés engagé dans le but de concevoir des messages et des approches sur mesure, en utilisant différents moyens de communication. Elle doit faire partie intégrante de la prévention et être intégrée dans les activités de soins et de soutien. Elle peut instruire, faire naître un dialogue au sein de la communauté, faire évoluer les mentalités, mettre un frein à la stigmatisation et à la discrimination, susciter une demande d'informations et de soins, plaider en faveur de politiques et de lois appropriées, promouvoir les interventions de prévention, de soins et de soutien, améliorer les compétences pratiques des groupes visés et leur donner une plus grande estime de soi.

Pour diffuser des messages incitant à changer de comportement sexuel, il faut choisir les moyens de communication qui seront les plus efficaces auprès de la population visée. Une bonne solution pour les interventions ciblées consiste à faire appel aux guides d'opinion et aux personnes qui se chargent d'éduquer leurs pairs. Les discussions par l'intermédiaire de réseaux institutionnels ou interpersonnels, les discussions de groupe et les méthodes en tête-à-tête ont également fait leurs preuves. Les programmes scolaires adaptés à l'âge sont utiles mais ils excluent les groupes non scolarisés, pour lesquels il faudra employer d'autres moyens, comme l'éducation par les pairs.

Quel que soit le moyen de communication choisi, il faut s'exprimer d'une façon facilement compréhensible pour la population locale. On veillera à ce que les messages tiennent compte de la culture et des différences entre les sexes, et à ce qu'ils ne renforcent pas une quelconque norme existante qui favoriserait la propagation des infections sexuellement transmissibles. Les activités de prévention doivent être spécialement conçues pour la population à laquelle elles sont destinées, en tenant compte de la situation, de la vulnérabilité et des besoins particuliers des bénéficiaires.

Il faut avoir recours à des stratégies innovantes pour accroître la demande de services de bonne qualité, par exemple à des méthodes inspirées des lois du marché, pour que les consommateurs sachent quel est le traitement correct et de qualité que devraient leur dispenser les prestateurs de soins. Une telle approche part du principe qu'une augmentation de la demande influe sur l'offre de soins. Elle est toutefois contreproductive si elle crée des attentes qui ne sont pas satisfaites.

L'éducation sanitaire concernant les infections sexuellement transmissibles et les services de conseil aux malades comme aux personnes indemnes, y compris le conseil et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH, doivent être assurés dans tout service s'occupant de ces infections, car ils incitent les clients, contaminés ou non, à changer de comportement sexuel. Les messages pédagogiques doivent également insister sur la nécessité d'informer les partenaires sexuels et de les prendre correctement en charge s'ils sont atteints, afin d'éviter les infections répétées.

3.2.2 Fournir des préservatifs et d'autres méthodes locales de prévention

Le préservatif masculin en latex est le moyen le plus efficace aujourd'hui pour réduire le risque de transmission sexuelle du VIH et d'autres agents pathogènes. Bien que sûr et efficace, le préservatif féminin n'est pas autant utilisé qu'il pourrait l'être dans les programmes nationaux en raison de son coût relativement élevé. Ces deux types de préservatif sont indispensables pour une stratégie complète de prévention, et tous ceux qui en ont besoin devraient pouvoir se les procurer facilement et régulièrement pour éviter le risque d'exposition aux agents pathogènes sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

Des tests sont en cours pour déterminer dans quelle mesure les diaphragmes empêchent la contamination du col de l'utérus par le VIH et d'autres agents pathogènes. Utilisés ensemble, microbicides et diaphragmes sont les moyens de prévention les plus prometteurs dont les femmes aient la maîtrise. Plusieurs nouveaux microbicides sont actuellement testés sur le terrain. Si ces nouvelles méthodes de prévention s'avéraient efficaces, il faudrait concevoir des stratégies pour les mettre à la disposition de différentes populations en différents endroits.

La programmation est indispensable pour répondre de façon régulière aux besoins au niveau national. Une fois que les préservatifs ont été obtenus, il faut en encourager l'utilisation et les distribuer dans le secteur public et le secteur privé, dans les services cliniques et autres. Les services de santé maternelle et infantile et de planification familiale sont aussi de bons pôles de distribution, notamment aux femmes qui risquent d'être exposées aux infections sexuellement transmissibles. Les programmes de marketing à but social se sont avérés particulièrement efficaces pour fournir à ceux qui en ont besoin, quand ils en ont besoin, des préservatifs de bonne qualité et d'un prix abordable sur les lieux de distribution habituels ou ailleurs. On peut associer à la mise à disposition de préservatifs des services communautaires de distribution et de proximité pour les populations visées.

3.2.3 Assurer des services de prévention et de soins

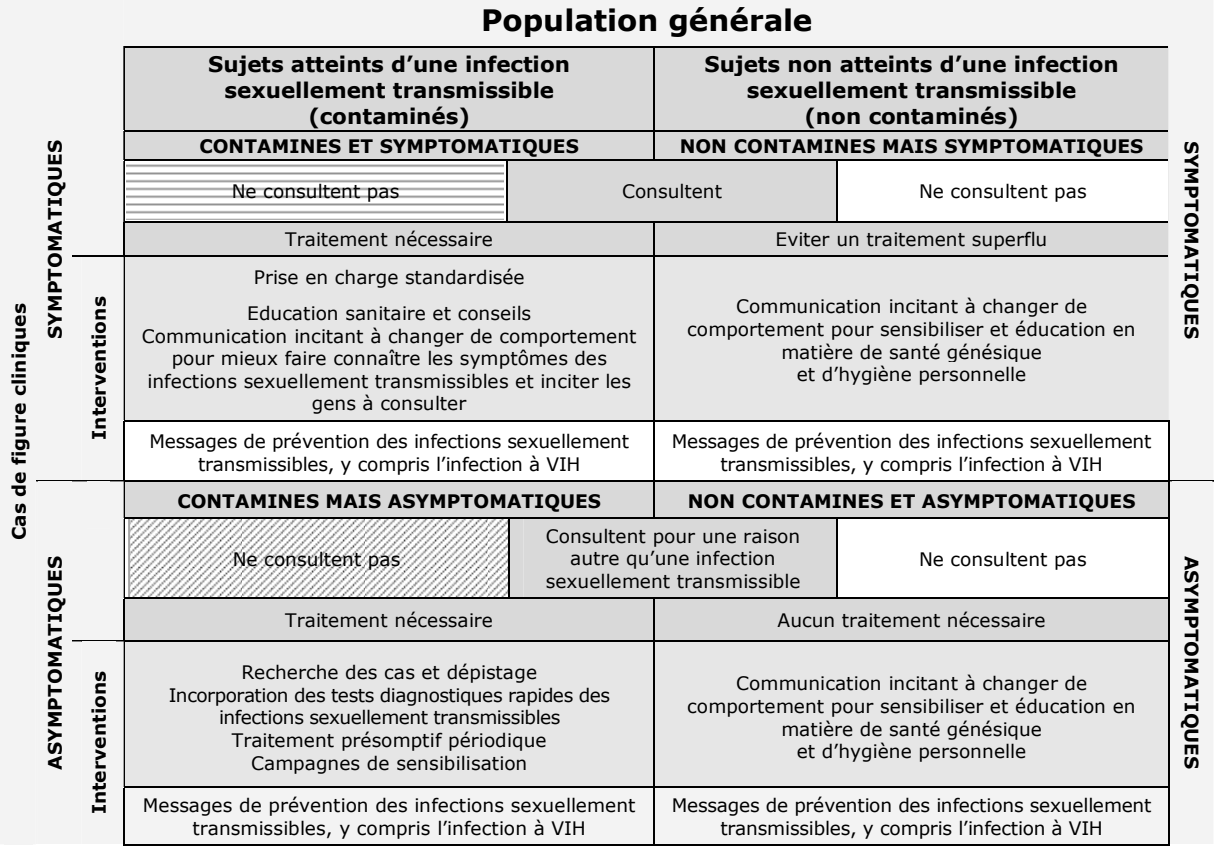
Les services de soins aux personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible ont pour but de prévenir les complications à long terme et les séquelles de l'infection et d'éviter la contamination des partenaires sexuels, du foetus et du nouveau-né.

Options stratégiques en matière de prévention et de soins

Dans toute population, certains sujets atteints d'une infection sexuellement transmissible et certains sujets indemnes consultent pour des symptômes qu'ils pensent dus à une infection de ce type ou pour des maux d'une autre origine. D'autres présentent des symptômes d'infection sexuellement transmissible mais ne cherchent pas à se faire soigner pour une raison quelconque ; d'autres encore sont contaminés mais n'ont pas de symptômes. Il faut trouver des stratégies pour aborder tous ces cas de figure à la fois dans la communauté et dans les centres de santé.

La Figure 2 présente sous forme de diagramme les différents scénarios. A gauche se trouvent les personnes souffrant d'une infection sexuellement transmissible, à droite les personnes indemnes. Les sujets symptomatiques (atteints ou non d'une infection sexuellement transmissible) se situent dans la moitié supérieure du diagramme, les sujets asymptomatiques dans la moitié inférieure. Les sujets véritablement atteints d'une infection symptomatique figurent donc en haut à gauche, et ceux atteints d'une infection asymptomatique en bas à gauche. La difficulté consiste à repérer l'infection chez les sujets qui ne présentent pas de symptômes. Dans la partie supérieure droite figurent les sujets non contaminés mais qui présentent des symptômes évocateurs d'une infection. Ce groupe n'a pas besoin d'un traitement contre les infections sexuellement transmissibles, mais il faut l'informer, le rassurer et traiter la cause probable des symptômes. La difficulté dans ce groupe consiste à exclure le diagnostic d'infection. Dans la partie inférieure droite se trouvent les sujets non contaminés qui n'ont aucun symptôme. Ces sujets bien portants ont besoin d'être informés et de savoir comment se prémunir contre l'infection. On peut les informer au sein de la communauté ou quand ils consultent un centre de santé. Les options à envisager et les produits nécessaires pour mettre en place un programme complet de prévention et de soins sont exposés ci-après en fonction de la dynamique de la transmission et des différentes catégories de personnes qui consultent les services de santé.

Figure 2. Infections sexuellement transmissibles ou infections de l'appareil reproducteur : Diagramme des cas de figure cliniques et des services nécessaires



Les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles devraient promouvoir des interventions acceptables, accessibles et efficaces qui permettent une prise en charge complète des cas afin d'éviter d'autres infections et les nombreuses complications et séquelles à long terme. Une prise en charge complète comprend :

- un diagnostic correct par syndrome ou un diagnostic en laboratoire ;
- un traitement efficace ;
- une éducation et des services de conseil adaptés à l'âge qui incitent les intéressés à limiter ou éviter les comportements à risque ;
- la promotion, par des messages clairs, de l'usage correct et régulier des préservatifs et leur distribution ;
- la notification aux partenaires sexuels et leur traitement, le cas échéant.

Chaque fois qu'on diagnostique ou qu'on soupçonne une infection, il faut rapidement prescrire un traitement efficace pour éviter les complications et rompre la chaîne de transmission. Le malade doit être informé et conseillé en ce qui concerne l'observance du traitement, la notification aux partenaires sexuels et leur prise en charge, la réduction des risques et l'utilisation correcte et régulière du préservatif. En cas de complications ou de séquelles, il doit être orienté vers des services spécialisés.

Prise en charge syndromique

Habituellement, les cas présumés d'infection sexuellement transmissible sont diagnostiqués soit d'après le seul tableau clinique (diagnostic souvent inexact), soit par des tests en laboratoire, qui peuvent se révéler compliqués et coûteux et qui retardent souvent le traitement jusqu'à l'obtention des résultats. Quoique souhaitables, les moyens de diagnostic en laboratoire sont souvent limités, surtout dans les endroits où il y a peu de ressources, en raison du coût de l'entretien d'un laboratoire, de l'approvisionnement en épreuves diagnostiques et du contrôle de la qualité. C'est pourquoi l'OMS recommande la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles chez les sujets qui présentent des signes et symptômes régulièrement observés, à l'aide de tableaux simples qu'il est possible d'utiliser au niveau des soins de santé primaires.[1]

La prise en charge syndromique repose sur l'observation d'un ensemble de symptômes et de signes facilement reconnaissables associés à l'infection par des agents pathogènes bien définis. Le traitement de chaque syndrome est dirigé contre les principaux micro-organismes qui en sont la cause dans la zone géographique considérée. L'approche syndromique s'est révélée très efficace pour la prise en charge de l'urétrite et de l'épididymite chez les hommes ainsi que des ulcérations génitales chez les deux sexes, et elle donne de bons résultats pour la prise en charge de la conjonctivite du nouveau-né. Il est à noter que le syndrome d'écoulement vaginal n'est ni spécifique ni sensible pour le diagnostic d'une infection à gonocoques, à *Chlamydia* ou d'autres infections cervicales ; toutefois, si le but principal est de traiter la vaginite – due, par exemple, à une vaginose bactérienne ou à une trichomonase –, l'approche est profitable et devient économique dans tous les contextes.

[1] L'OMS a mis au point des protocoles pour sept syndromes : écoulement vaginal, écoulement urétral, ulcération génitale, douleur abdominale basse, tuméfaction du scrotum, bubon inguinal et conjonctivite du nouveau-né.

Les infections sexuellement transmissibles sont souvent asymptomatiques, surtout chez les femmes. Différentes stratégies sont nécessaires pour déceler et prendre en charge ces infections asymptomatiques. Parmi elles figurent la recherche des cas ou le dépistage, conjugués à de meilleures interventions pour prendre en charge les partenaires sexuels éventuellement contaminés, et l'information pour une meilleure connaissance des risques individuels. La recherche des cas consiste à soumettre à des tests les personnes qui consultent pour des raisons autres qu'une infection sexuellement transmissible. Cette démarche trouve une application très importante dans les soins dispensés en cas d'infection de ce type par les services prénatals, les services de santé de la mère et de l'enfant et de planification familiale. Le test de mise en évidence de la syphilis effectué pour toutes les femmes enceintes dans les services prénatals est un exemple courant de recherche des cas.

Le dépistage consiste à soumettre à des tests des personnes qui ne cherchent pas directement à se faire soigner. L'une des applications importantes est le dépistage de la syphilis, du VIH et des marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite B chez les donneurs de sang. Le dépistage au sein de la communauté, à condition qu'il soit faisable, acceptable et pratiqué dans le respect du secret médical et des droits de l'homme, peut être un bon moyen de repérer et de soigner les sujets atteints d'une infection asymptomatique. Les programmes de dépistage qui visent les personnes les plus exposées au risque d'infection présentent un meilleur rapport coût/efficacité.

Les stratégies de recherche des cas et de dépistage nécessitent plus que des tests rapides de diagnostic, mais elles seront plus réalisables une fois ces tests disponibles. Quoi qu'il en soit, il faut prêter une attention particulière au secret médical, au conseil et au traitement.

Stratégies de notification aux partenaires sexuels

La notification aux partenaires sexuels, qui fait partie intégrante de la prise en charge, consiste à informer les partenaires des patients chez qui une infection sexuellement transmissible a été diagnostiquée qu'ils sont exposés à l'infection afin qu'ils se fassent dépister et soigner si nécessaire. Le but est d'éviter la réinfection du patient indicateur et de freiner la propagation des infections. Trois grandes approches sont suivies dans ce domaine :

- un tiers (généralement un soignant) avertit les partenaires sexuels ;
- les patients indicateurs informent eux-mêmes leurs partenaires ou se voient remettre des médicaments destinés à leurs partenaires ;
- les patients indicateurs acceptent de mettre leurs partenaires au courant, étant entendu qu'après un délai fixé, le personnel soignant avisera les partenaires qui ne se présentent pas pour se faire soigner.

Le traitement épidémiologique (traitement contre la même infection ou le même syndrome que pour le cas indicateur) doit être administré à tous les partenaires sexuels récents. La prise en charge des partenaires est l'une des interventions qui posent le plus de difficultés, mais c'est un élément important de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, car elle permet de repérer et de soigner les sujets asymptomatiques, en particulier les femmes, à un stade précoce, avant la survenue de complications. Cette intervention ne doit cependant pas être coercitive ; il faut veiller à respecter le secret médical et tenir compte des considérations de sexe, car les conséquences pour les partenaires seront différentes selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes et selon leurs codes sexuels et sociaux.

Aucun élément solide ne renseigne sur les effets relatifs des trois modes de notification ni sur le choix que font les patients. La notification par le patient lui-même implique moins de frais de service et est plus efficace si le patient bénéficie d'une éducation et d'un conseil appropriés. Il faut faire

davantage de recherches opérationnelles, en particulier dans les pays en développement, sur les différents modes de notification aux partenaires pour déterminer leur acceptabilité, le nombre de partenaires sexuels qui se présentent pour se faire examiner, l'influence sur le taux de réinfection des patients indicateurs et sur l'incidence des infections sexuellement transmissibles. En outre, quelle que soit la solution retenue, il faut surveiller son coût et être vigilant quant aux préjudices qu'elle pourrait causer et recueillir des éléments à ce sujet.

3.2.4 L'accès aux médicaments et aux technologies appropriés

Médicaments

Pour qu'un programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles porte ses fruits, il doit être régulièrement approvisionné en médicaments appropriés. Un traitement rapide et efficace interrompt la chaîne de transmission et prévient les complications et les séquelles à long terme. La plupart des médicaments indiqués sont bon marché et leur coût ne devrait pas être un obstacle à leur obtention. Par contre, certaines formes galéniques récentes plus élaborées coûtent cher et il faudrait mettre en place des mécanismes d'achat qui les rendent abordables pour les pouvoirs publics et pour les clients. Au nombre des facteurs qui influent sur le prix aux niveaux national, régional et international, on peut citer les brevets, le volume de production, la concurrence, les droits d'importation et les tarifs douaniers, les taxes locales et les marges sur les ventes en gros, les modalités de distribution et de délivrance.

Un médicament approprié pour le traitement d'une infection sexuellement transmissible désigne un médicament hautement efficace, d'une toxicité acceptable, pour lequel la pharmacorésistance est peu probable ou peut être retardée, qui est administré par voie orale, de préférence en dose unique, et qui n'est pas contre-indiqué pour les femmes enceintes ou qui allaitent. Une politique pharmaceutique à deux vitesses qui prévoit des médicaments peu efficaces dans les services de santé périphériques et réserve les plus efficaces (généralement plus chers) aux services spécialisés peut entraîner un taux inacceptable d'échecs thérapeutiques, de complications et de transferts vers des centres de recours, accélérer l'apparition d'une pharmacorésistance et discréditer les services de santé.

Pour assurer un approvisionnement régulier en médicaments sûrs et efficaces, les pays doivent adopter une stratégie d'achat pérenne prévoyant un stock de réserve de 60 jours au minimum. Les stratégies d'achat font l'objet de la section 3.5.6.

Tests diagnostiques

Entre 80 % et 90 % des cas d'infections sexuellement transmissibles recensés dans le monde se produisent dans les pays en développement, où les moyens de diagnostic sont limités, voire inexistants. Il faut mettre au point des tests diagnostiques rapides pour offrir un diagnostic et des soins de meilleure qualité dans les pays peu nantis. Notamment, de meilleurs moyens de diagnostic de ces infections sont nécessaires de toute urgence dans les zones d'endémie du VIH, vu que certaines d'entre elles contribuent dans une large mesure à la transmission du virus.

Vaccins

La vaccination des populations à risque étant, en règle générale, une méthode très efficace pour prévenir les maladies infectieuses, on a tout lieu de vouloir mettre au point des vaccins performants contre les infections sexuellement transmissibles, y compris contre l'infection à VIH. De tels vaccins seraient un complément important des techniques actuelles de prévention. Actuellement, le seul vaccin efficace dont on dispose contre un agent pathogène sexuellement transmissible est le vaccin anti-hépatite B.

La vaccination préventive contre les types oncogènes de papillomavirus humain sera bientôt possible : lors d'un essai effectué récemment, un vaccin s'est révélé capable de prévenir l'infection cervicale incidente et persistante par les virus des types 16 et 18. Des réunions ont été organisées sous les auspices de l'OMS afin de déterminer les mesures qu'il convient de prendre concernant les vaccins anti-papillomavirus humain et de convaincre que l'infection à papillomavirus humain est un problème de santé publique. L'OMS encourage les pays à étudier l'avantage qu'il y aurait à intégrer ces vaccins dans leurs programmes et à déterminer l'acceptabilité et la faisabilité d'une telle vaccination.

Lors d'essais cliniques, un vaccin contre le virus *Herpes simplex* type 2 s'est révélé très efficace comparé à un placebo, mais seulement chez les femmes, et seulement chez celles qui n'avaient jamais été contaminées auparavant par le virus *Herpes simplex* type 1. A mesure que d'autres travaux et essais cliniques seront effectués, les administrateurs des programmes de pays devraient envisager de faire des essais de vaccins anti-virus *Herpes simplex* type 2 dans différents contextes épidémiologiques pour déterminer leur utilité, leur acceptabilité et leur faisabilité, tout en renforçant le potentiel de recherche et de mise en oeuvre.

Pour appliquer avec succès une stratégie de vaccination, il faut définir avec soin la population cible et s'assurer que le vaccin sera bien accepté, surtout si la population visée ne s'estime pas exposée aux infections sexuellement transmissibles. Une fois la population circonscrite et mobilisée, il importe de lui fournir un vaccin efficace en veillant à la fiabilité et à la régularité de l'approvisionnement pour que la stratégie de vaccination donne de bons résultats. On peut à cet égard tirer les leçons de certains programmes de vaccination contre les maladies infectieuses et surtout de la sous-utilisation du vaccin contre l'hépatite B.

3.2.5 Le passage à l'échelle supérieure

Les programmes pilotes et à petite échelle de lutte contre les infections sexuellement transmissibles couvrent des populations et des zones géographiques restreintes et, de ce fait, ne peuvent avoir un effet notable sur la charge de morbidité. Dans beaucoup de programmes, les interventions de prévention et de soins sont appliquées à petite échelle de sorte que, même si elles donnent de bons résultats, elles ne profitent pas à la majorité de la population. Pour qu'elles aient plus d'impact, il faut évaluer leurs éléments techniques et appliquer à plus grande échelle celles qui s'avèrent efficaces. Le but, quand on passe à l'échelle supérieure, est de mettre une intervention efficace à la portée de ceux qui en ont besoin. Cela suppose d'étendre la couverture géographique et de desservir davantage de personnes au sein d'une population cible, d'étendre le programme à d'autres populations et d'élargir la gamme d'interventions appliquées dans le cadre d'un programme.

Le passage à l'échelle supérieure aura un effet maximum s'il vise les populations prioritaires (c'est-à-dire celles qui interviennent le plus dans la dynamique de la propagation des infections sexuellement transmissibles) et le plus grand nombre possible d'individus au sein de ces populations. Il exige aussi de mettre l'accent sur :

- la qualité des services, car on peut être tenté de sacrifier la qualité à la quantité pour couvrir un plus grand nombre d'individus ;

- la capacité d'absorption, car il faut veiller à ce que les ressources soient suffisantes pour assurer le passage à l'échelle supérieure ;

- la pérennité : avant de passer à l'échelle supérieure, il faut instaurer des mécanismes garantissant une prestation durable des soins.

3.3 Améliorer l'information pour développer les politiques et les programmes

3.3.1 La surveillance

Il faut intensifier la surveillance des infections sexuellement transmissibles aux échelons national, régional et mondial pour pouvoir mener une action de sensibilisation plus efficace, mieux concevoir, suivre et évaluer les programmes et améliorer les soins aux patients. Les principales composantes de la surveillance qu'il convient de privilégier sont :

- la déclaration des cas ventilés par âge et par sexe (notification par syndrome ou par étiologie selon que l'on dispose ou non de tests diagnostiques ; notification universelle ou par site sentinelle, selon qu'il existe ou non un dispositif national opérationnel de notification des maladies infectieuses à déclaration obligatoire et selon la façon dont les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles sont assurés et organisés) ;

- l'évaluation et la surveillance de la prévalence afin de déterminer et de suivre l'évolution de la charge des infections (symptomatiques et asymptomatiques) au sein de populations données ;

- l'étude de l'étiologie des infections ;

- la surveillance de la résistance aux antimicrobiens ;

- les études spéciales, visant par exemple à évaluer la qualité des soins en faisant appel à des pseudoclients.

Les activités énumérées ci-dessus sont complémentaires et la façon dont chacune d'elles se déroulera sera fonction de l'infrastructure de surveillance existante et des dispositifs de notification déjà mis en place dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies. La situation en ce qui concerne l'épidémie de VIH dans un pays donné aura également une incidence sur les activités et les priorités en matière de surveillance des infections sexuellement transmissibles.

La surveillance de deuxième génération du VIH

La surveillance des infections sexuellement transmissibles est étroitement liée à la surveillance de deuxième génération du VIH et elle y joue un rôle spécial ; outre la surveillance du VIH et la déclaration des cas de SIDA, la surveillance de deuxième génération comprend l'étude des comportements, qui permet de suivre l'évolution des conduites à risque, ainsi que la surveillance des infections sexuellement transmissibles, qui permet d'observer la propagation des autres infections de ce type dans les populations exposées au VIH. C'est ainsi que les résultats des études sur le virus *Herpes simplex* type 2 peuvent servir de marqueurs de la vulnérabilité au VIH. Une surveillance renforcée des infections sexuellement transmissibles est par conséquent un élément important de la surveillance de deuxième génération du VIH.

La surveillance des infections sexuellement transmissibles doit être étroitement reliée aux enquêtes comportementales, et notamment aux enquêtes sur les comportements sexuels, sur les déterminants de l'épidémiologie de ces infections, sur la propension à consulter et sur les rapports entre ce comportement et les failles de la détection et la sous-déclaration des cas. La surveillance est également importante pour déterminer quels groupes de population doivent bénéficier d'interventions ciblées.

Il faut faire périodiquement des études spéciales sur des aspects de surveillance qui ne relèvent pas de la déclaration systématique des cas ou de l'évaluation de la prévalence. Il peut s'agir d'enquêtes sur les flambées épidémiques, par exemple les flambées de syphilis, de lymphogranulome vénérien ou de chancre mou dans certaines populations ou dans certains endroits.

Le secteur privé devrait, autant que possible, être associé au système de déclaration des maladies, même s'il se montre souvent réticent à notifier les infections sexuellement transmissibles aux autorités sanitaires soit par souci de protéger la vie privée des personnes et de leur éviter d'être ostracisées, soit par apathie ou conviction que la procédure de notification n'a guère d'utilité. Dans nombre de pays, les malades atteints d'une infection de cette nature cherchent à se procurer des médicaments directement auprès des pharmacies ou du secteur privé non structuré sans chercher au préalable à obtenir un diagnostic auprès d'un clinicien. Un nombre considérable de cas risque ainsi de ne pas être déclaré et il peut être nécessaire d'effectuer des études ciblées pour déterminer la fréquence de ce comportement et l'importance de la sous-déclaration. On devrait envisager le recours à des incitations à notifier les cas, par exemple l'accréditation ou le franchisage.

Il faut renforcer les dispositifs de surveillance existants en améliorant les installations et le matériel des laboratoires, en élargissant les compétences de leur personnel et en mettant en place des mécanismes de notification obligatoire, surtout là où les moyens de diagnostic existent. Etant donné que les systèmes de surveillance actuels sont aussi limités par une sous-estimation de la charge des infections sexuellement transmissibles asymptomatiques, des stratégies d'accompagnement doivent être mises en place pour le dépistage et la détection des cas.

Des données pour alerter les pouvoirs publics

Il est indispensable de recueillir en temps utile des données fiables si l'on veut pouvoir évaluer la charge des infections sexuellement transmissibles, en tenant compte de leurs complications et de leur impact économique. Sur la base de ces renseignements, on sera fondé à réclamer une attention accrue de la part des décideurs ainsi que des crédits pour lutter contre ces maladies aux niveaux national, régional et mondial.

Des données utiles à l'élaboration et au suivi des programmes

Des données fiables recueillies en temps utile sont également indispensables pour une bonne gestion des programmes. Les études de prévalence au sein de diverses populations sont utiles pour se faire une idée de la répartition des infections sexuellement transmissibles, identifier les populations à cibler en priorité et faire une estimation de la charge des infections asymptomatiques au sein de telle ou telle communauté. Les données relatives à l'évolution des infections sexuellement transmissibles aident à évaluer l'efficacité et l'impact des programmes et interventions mis en oeuvre et servent aussi de marqueurs biologiques de l'évolution des pratiques sexuelles à risque.

Des données pour orienter la prise en charge des patients

La résistance aux médicaments continue de nuire à l'efficacité de produits dont la mise au point a pris des décennies. L'apparition de résistances est en grande partie due à une utilisation inconsidérée des médicaments et à la surprescription. Les médicaments sont mal utilisés par les patients qui ne poursuivent pas leur traitement jusqu'au bout, soit par non-observance, soit parce qu'ils sont trop pauvres. La pauvreté oblige en effet souvent les prestateurs de soins et leurs patients à opter pour des doses plus faibles des médicaments prescrits ou d'autres préparations moins chères et moins efficaces afin de dépenser moins. Malheureusement, lorsque celles-ci auront perdu leur efficacité, il faudra remplacer les préparations bon marché par des médicaments bien plus coûteux.

Les autorités sanitaires doivent constamment surveiller et mesurer à l'échelon local la prévalence relative des agents pathogènes à l'origine des manifestations cliniques, de même que l'apparition de résistances, afin de tenir à jour les directives thérapeutiques et les listes de médicaments essentiels établies à l'échelon national. Parmi les micro-organismes transmissibles par une voie sexuelle qui appellent une surveillance particulière, on citera *Neisseria gonorrhoeae* et *Haemophilus ducreyi* pour ce qui est des infections bactériennes, et le virus *Herpes simplex* type 2 pour ce qui est des infections virales.

Etant donné que les résistances varient considérablement d'un pays à l'autre, l'OMS ne recommande pas un seul et unique traitement de première intention pour la gonorrhée. C'est au contraire à chaque pays de prendre des décisions en fonction des schémas de résistance qui lui sont propres – ce qui est un dilemme étant donné que beaucoup d'entre eux n'ont pas les moyens d'assurer une surveillance et qu'ils doivent se fier à des données indirectes recueillies par des pays voisins ou faire appel à des estimations régionales.

3.3.2 Le suivi et l'évaluation

La mise en oeuvre des programmes doit faire l'objet d'un suivi qui permettra de s'assurer que les activités se déroulent comme prévu, dans les délais impartis et sans outrepasser les crédits alloués, et de déterminer si ces activités ont les résultats ou les effets escomptés. L'absence de données au niveau de la mise en oeuvre fait qu'il est difficile de mesurer avec exactitude l'efficacité et la rentabilité des différentes interventions. Ces renseignements sont pourtant indispensables pour fixer des priorités, mener à bien la planification stratégique et répartir les ressources. Un dispositif de collecte et d'analyse des données doit être mis en place pour évaluer :

- la prestation de services (par exemple le nombre de clients accueillis, de femmes enceintes dépistées et traitées contre la syphilis, de préservatifs distribués, de personnes orientées vers le conseil et le dépistage volontaire) ;

- la qualité de la prise en charge (par exemple la proportion de clients traités conformément aux directives nationales, obtenue au moyen d'indicateurs types) ;

- l'adéquation des effectifs (par exemple la proportion personnel/patients) ;

- le comportement et la satisfaction des clients (par exemple le nombre total de clients desservis, le nombre de premières consultations par rapport au nombre de patients qui consultent à nouveau ou reviennent, la proportion d'entre eux qui font d'emblée appel au service en premier recours) ;

- les dépenses d'équipement et les dépenses de fonctionnement des programmes, ce qui permet d'en évaluer l'efficacité et la rentabilité.

Enfin, il importe que les résultats de ce suivi, qui peut relever uniquement de la recherche opérationnelle, soient rattachés de manière constructive à la mise en oeuvre des programmes. Ces résultats doivent permettre d'évaluer et d'améliorer les programmes en cours et aider à en mettre au point de nouveaux. La recherche opérationnelle doit se poursuivre afin d'établir quelles sont les interventions les plus performantes dans tel ou tel contexte ; des recherches doivent être consacrées à la santé sexuelle et génésique des femmes, afin de mettre au point des stratégies et interventions adaptées à leurs besoins spécifiques.

3.4 L'interface avec d'autres programmes et d'autres partenaires

3.4.1 Les programmes de santé relevant du secteur public

Les programmes relatifs à la santé des adolescents, à la planification familiale, à la santé des femmes, à la maternité sans risque, à la survie de l'enfant, à la vaccination et à la prévention du VIH ont tous à voir avec les infections sexuellement transmissibles. Ces programmes sont interdépendants et devraient, d'un point de vue stratégique, être intégrés ou avoir des interfaces. Ces interfaces sont indispensables pour étendre la couverture des interventions à un plus grand nombre de clients et pour réduire le nombre d'occasions manquées de prévention, de détection et de traitement des infections sexuellement transmissibles. Elles devraient aussi permettre de renforcer la collaboration entre les secteurs public et privé en vue d'améliorer la qualité et d'étendre la couverture. Mais donner effet à ces interfaces ou à cette intégration est difficile parce qu'elles impliquent un surcroît de travail au sein des programmes déjà adoptés, notamment lorsqu'elles visent des buts sanitaires différents de ceux des services existants. Il faudra peut-être prévoir une supervision et un appui financier et administratif supplémentaires. Tant que ces éléments ne sont pas en place, on ne saurait considérer que l'intégration a été réalisée. Certes, les interfaces et l'intégration permettront d'améliorer la couverture pour les clients, l'accès aux soins et la planification de la gestion, mais il n'est ni facile ni plus économique, dans un premier temps, de les mettre en place. Les avantages ne se feront sentir et apprécier que lorsque les difficultés et les coûts occasionnés au départ auront été surmontés.

Le VIH/SIDA

L'infection à VIH et les autres infections sexuellement transmissibles se transmettent essentiellement par voie sexuelle. Les autres voies de transmission sont notamment l'injection de drogues, la transfusion de sang et de produits sanguins, les greffes d'organes ou de tissus et la transmission verticale de la mère au foetus ou au nouveau-né. Les mesures destinées à prévenir la transmission du VIH et des autres agents pathogènes par voie sexuelle sont bien souvent les mêmes, tout comme les destinataires et populations cibles des interventions.

La présence de certaines infections sexuellement transmissibles facilite la transmission du VIH. Des études ont montré que les infections provoquant des ulcérations jouent un rôle plus ou moins important dans la transmission et sont associées à des risques relatifs allant de 1,5 à 8,5 (voir Tableau 2). L'accroissement de la probabilité de transmission de l'infection à VIH à l'occasion d'un seul acte sexuel est sans doute beaucoup plus important que les risques relatifs mis en lumière dans les études de cohorte, car les participants ne sont pas en permanence porteurs d'une infection sexuellement transmissible au cours de la période de suivi. Bien que l'effet cofactoriel semble plus net pour les affections ulcératives, les infections ne provoquant pas d'ulcération pourraient jouer un rôle plus important dans certaines populations en raison de leur fréquence et de leur prévalence. Récemment, des études d'intervention ont apporté de nouveaux éléments convaincants sur la réalité de l'effet cofactoriel infection sexuellement transmissible/VIH.

L'essai contrôlé randomisé réalisé à l'échelon communautaire dans le district de Mwanza en République-Unie de Tanzanie a montré qu'une meilleure prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les patients symptomatiques, consistant en un traitement syndromique administré par les centres de soins de santé primaires existants, a permis de réduire l'incidence du VIH de 38 %. Une étude menée au Malawi sur des hommes séropositifs pour le VIH-1 a révélé que ceux qui étaient atteints d'urétrite avaient des concentrations d'ARN-VIH-1 dans le plasma séminal huit fois supérieures aux concentrations relevées chez des hommes séropositifs ne présentant pas d'urétrite. C'est la gonorrhée qui était associée à la plus forte concentration de VIH-1 dans le sperme. Après administration d'un traitement antimicrobien dirigé contre les infections sexuellement transmissibles aux patients atteints d'urétrite, la concentration d'ARN-VIH-1 dans le plasma séminal avait

sensiblement diminué après deux semaines, cependant que les concentrations d'ARN viral dans le plasma sanguin n'avaient pas changé. Les concentrations d'ARN-VIH-1 dans le plasma séminal n'avaient pas changé sensiblement chez le groupe témoin au cours de la période de deux semaines. Ces résultats donnent à penser que traiter l'urétrite permet de diminuer l'infectiosité des hommes porteurs du VIH-1 et confortent dans l'idée que les programmes de lutte contre le VIH/SIDA comportant un volet dépistage et traitement des autres infections sexuellement transmissibles chez des patients déjà contaminés par le VIH-1 pourraient contribuer à endiguer l'épidémie.

Tableau 2. Etudes sur les infections sexuellement transmissibles en tant que facteurs de risque de transmission du VIH

Référence	Population étudiée	Infections sexuellement transmissibles étudiées	Risque relatif	Odds ratio
Plummer, 1991	Professionnelles du sexe (Kenya)	Chlamydiose		3,6
Laga, 1993	Professionnelles du sexe (République démocratique du Congo)	Chlamydiose Gonorrhée Trichomonase		3,6 4,8 1,9
Kassler, 1994	Cohorte hétérosexuelle (Etats-Unis d'Amérique)	Gonorrhée		2,5
Craib, 1995	Cohorte de HSH (Canada)	Gonorrhée rectale		3,18
Cameron, 1989	Hommes hétérosexuels (Kenya)	Chancre mou essentiellement	4,7	
Telzak, 1993	Hommes hétérosexuels (Etats-Unis d'Amérique)	Ulcérations génitales, chancre mou	3,0	
Limpakarnjanarat, 1999	Professionnelles du sexe (Thaïlande)	Syphilis Ulcérations génitales et herpès		3,7 2,0-2,4
Mbizvo, 1996	Femmes aux consultations prénatales (Zimbabwe)	Ulcérations génitales + infections génitales hautes		5,8
Bollinger, 1997	Clients de centres de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (Inde)	Ulcérations génitales		4,2
Stamm, 1988	HSH (Etats-Unis d'Amérique)	Herpès, syphilis	3,3-8,5	
Holmberg, 1988	HSH (Etats-Unis d'Amérique)	Herpès	4,4	
Darrow, 1987	HSH (Etats-Unis d'Amérique)	Syphilis	1,5-2,2	

HSH : hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Traiter les infections sexuellement transmissibles est un investissement d'un bon rapport coût/efficacité pour les pays, puisque cela permet à la fois de réduire l'importante morbidité qu'elles causent et de mieux prévenir le VIH. C'est pourquoi les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles en général et contre le VIH en particulier doivent être fortement et durablement liés et se compléter, eu égard à la synergie qui existe entre l'infection à VIH et les autres infections sexuellement transmissibles et aux similitudes que présentent les actions de prévention dans les deux cas. D'ores et déjà, dans beaucoup de régions et de pays, les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et contre le VIH sont totalement ou partiellement intégrés ou coordonnés au moyen d'une planification conjointe.

Parmi les domaines qui se prêtent à une collaboration entre ces programmes, on peut citer l'action de sensibilisation, la formulation des politiques, la formation, la planification et l'évaluation des programmes, la surveillance et la recherche. Les deux sortes de programmes doivent non seulement collaborer, mais aussi mettre en commun leurs ressources pour planifier et mener à bien ces activités. Ils peuvent s'associer pour :

- informer les clients sur les comportements à risque et les méthodes de prévention aux niveaux des centres de santé et des communautés en faisant appel au secteur public comme au secteur privé ;

- offrir des services de conseil et de dépistage volontaire et confidentiel du VIH pour permettre aux clients de connaître leur statut sérologique et déterminer s'ils ont besoin d'un traitement antirétroviral ;

- proposer un traitement efficace contre toute autre infection sexuellement transmissible dont pourraient être atteintes les personnes vivant avec le VIH pour améliorer leur qualité de vie et réduire leur infectivité ;

- élaborer et mettre en oeuvre des stratégies visant à améliorer l'accès à des médicaments adaptés, sûrs et efficaces et à des préservatifs de bonne qualité d'un prix abordable ;

- veiller à ce que les investissements des pays dans l'infrastructure des systèmes de santé et dans les réseaux de distribution de produits contribuent à améliorer la qualité des services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, y compris de l'infection à VIH, et l'accès à ceux-ci ;

- mettre en place un protocole complet de soins prénatals incluant le dépistage d'infections telles que l'infection à VIH et la syphilis.

La santé sexuelle et génésique

Il existe une vaste interface entre les services qui s'occupent des infections sexuellement transmissibles et les services de santé sexuelle et génésique. Les uns et les autres cherchent à améliorer la qualité de la vie des femmes et des hommes, en particulier pour ce qui a trait à la sexualité et à la procréation. Tous interviennent dans les secteurs clés suivants :

- Amélioration de l'accès aux services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Les services de consultations prénatales, de santé maternelle et infantile et de planification familiale desservent un grand nombre de femmes en âge de procréer et représentent par conséquent un réseau de centres de santé susceptible d'améliorer la desserte et la couverture des soins en cas d'infection sexuellement transmissible et d'atteindre une partie non négligeable de la population féminine à laquelle on n'aurait pas accès par les dispensaires spécialisés et par les services de soins médicaux généraux. On peut entreprendre un travail d'éducation pour la santé et de conseil adapté à l'âge sur ces pathologies et leurs facteurs de risque qui contribuera à mieux les prévenir. La mise en place de programmes de dépistage systématique permettrait de repérer et de traiter les femmes porteuses d'infections asymptomatiques et d'éviter beaucoup d'issues défavorables de la grossesse dues à une infection non traitée.

- Amélioration de la santé des femmes. Les infections sexuellement transmissibles et les infections de l'appareil reproducteur sont responsables pour beaucoup de la mauvaise santé des femmes en augmentant le risque de stérilité, de grossesse extra-utérine, de cancer du col, d'avortement spontané et d'infection à VIH. La prévention, le dépistage et le traitement précoce

des infections sexuellement transmissibles sont par conséquent des aspects essentiels de l'activité des services s'occupant de la santé des femmes.

- Choix et sécurité en matière de contraception. Les femmes atteintes de certaines infections sexuellement transmissibles ou infections de l'appareil reproducteur ont un choix plus restreint parmi tous les contraceptifs disponibles, et les utilisatrices de contraceptifs risquent de prendre les symptômes d'une de ces infections pour des effets secondaires de telle ou telle méthode contraceptive (ce qui conduit à une moins bonne acceptation et à l'abandon des méthodes contraceptives) ; dès lors, il est important, pour le choix et la sécurité de la contraception, de dépister et traiter les infections sexuellement transmissibles tout en préconisant le recours à une double protection.

- Lutte contre les violences sexuelles et les actes de violence à l'égard des femmes. La violence dont les femmes sont victimes peut avoir de graves conséquences pour leur santé génésique et risque notamment de leur faire contracter des infections sexuellement transmissibles. Il faut leur offrir un traitement de ce type d'infection et une prophylaxie anti-VIH postexposition après un viol. Des méthodes spécifiquement adaptées à l'un et l'autre sexe doivent être recherchées pour informer le partenaire en cas de présence d'une infection sexuellement transmissible, dans le but d'éviter des violences. Il convient de recenser les études de cas positives concernant la notification aux partenaires dans différentes cultures et d'entreprendre des recherches opérationnelles pour déterminer les méthodes de notification les plus acceptables selon le contexte socioculturel et religieux.

- Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles. Le dépistage et le traitement peuvent améliorer l'issue de l'avortement programmé, car la présence d'une infection de l'appareil génital inférieur lors d'un avortement est un facteur de risque de complications à la suite de l'intervention. Traiter les infections sexuellement transmissibles au préalable est donc une mesure importante pour prévenir les infections susceptibles de survenir à la suite de l'intervention.

- Démarche sexospécifique. Les services qui s'occupent des infections sexuellement transmissibles et les services de santé sexuelle et génésique ont les uns comme les autres pour tâche délicate de suivre une démarche sexospécifique, et en particulier de mobiliser les hommes, de desservir les populations marginalisées ou laissées de côté (professionnels du sexe, toxicomanes, populations pauvres des zones urbaines et rurales, migrants, personnes déplacées et réfugiés, par exemple) et de répondre aux besoins particuliers des adolescents.

- Prévention des infections de l'appareil reproducteur. Celles de ces infections qui ne sont pas transmises par voie sexuelle se manifestent souvent par des symptômes que l'on peut confondre avec ceux d'une infection sexuellement transmissible. Les infections endogènes de l'appareil reproducteur, par exemple la vaginose bactérienne et la candidose, résultent d'altérations de l'équilibre de la flore bactérienne protectrice normale de l'appareil reproducteur féminin. La vaginose bactérienne est l'infection de l'appareil reproducteur la plus fréquente dans le monde et la cause la plus courante d'écoulement vaginal dans les pays en développement. On a constaté que pas moins de 50 % des femmes enceintes présentaient une vaginose bactérienne en Afrique subsaharienne. Cette affection est citée comme cause de prématurité, d'insuffisance pondérale à la naissance, de rupture prématurée des membranes, d'accident septique du post-partum et de fausse couche. Elle est également associée à la transmission de l'infection à VIH. Au sein des services de santé génésique, l'éducation à la prévention des infections de l'appareil reproducteur et de leurs complications doit se faire dans le cadre d'une démarche commune avec les services chargés de lutter contre les infections sexuellement transmissibles.

- Promotion de méthodes transcervicales sans danger. Par exemple, avant d'insérer un dispositif contraceptif intra-utérin ou d'interrompre une grossesse, il convient de s'assurer que la cliente n'est pas porteuse d'infections endogènes ou sexuellement transmissibles ou de traiter celles-ci afin d'éviter de contaminer les voies génitales hautes par des bactéries. De même, les femmes qui choisissent le stérilet doivent être incitées à opter pour une autre forme de contraception si elles s'estiment exposées à une infection sexuellement transmissible.

- Généralisation de l'usage des vaccins existants et potentiels qui préviennent les cancers de l'appareil génital, le cancer du foie et certaines infections sexuellement transmissibles. La collaboration et la planification conjointe entre les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les programmes de santé sexuelle et génésique au sein des programmes nationaux de vaccination faciliteront l'utilisation des vaccins existants et potentiels comme les vaccins anti-hépatite B et anti-papillomavirus humain et seront une filière toute trouvée pour l'adoption de nouveaux vaccins.

D'autre part, les services de santé sexuelle et génésique sont les mieux placés pour veiller à la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants en collaboration avec les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. C'est ainsi que les services de santé sexuelle et génésique doivent assurer :

- L'éducation pour la santé aux fins de prévention de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, notamment de leurs séquelles à long terme comme une infection génitale haute, la stérilité, une grossesse extra-utérine et les cancers de l'appareil génital. Les inégalités entre les sexes, les rôles définis par la culture et les facteurs biologiques contribuent tous à la vulnérabilité des femmes et des jeunes aux infections. Il faut tenir compte de l'influence de l'appartenance ethnique, de la culture, des moeurs sexuelles, du lieu (zone urbaine, zone rurale ou zone reculée difficilement accessible), de l'âge et des différents savoir-faire pratiques pour mieux cibler les interventions et les adapter en fonction de la charge des infections sexuellement transmissibles et de leurs complications et séquelles à long terme.

- La prévention de la syphilis congénitale. C'est avant tout de la prévention de la syphilis chez la femme enceinte que dépend une prévention efficace de la syphilis congénitale. A défaut, la prévention secondaire consiste à dépister la syphilis au cours de la grossesse et à traiter correctement les femmes, mais aussi leurs partenaires sexuels. Compte tenu du coût social et économique élevé de la syphilis congénitale et des risques de modifications de l'épidémiologie de cette affection, le dépistage prénatal de la syphilis suivi du traitement des femmes séroréactives est une intervention d'un excellent rapport coût/efficacité pour prévenir la syphilis congénitale et les complications de la syphilis non traitée chez les parents, même au sein de populations où la prévalence est inférieure à 1 %. Les services devraient :

  - Soumettre les femmes enceintes à un dépistage systématique au cours de la première visite prénatale, de préférence avant la vingt-huitième semaine de gestation. Là où le risque de syphilis congénitale est élevé, il y a lieu d'envisager un second test de dépistage à 36 semaines de grossesse ou au moment de l'accouchement. Des directives nationales claires devront être élaborées au sujet du suivi clinique et sérologique des mères et des enfants.

  - Aborder la question du traitement des infections sexuellement transmissibles chez les partenaires sexuels et évaluer les risques de réinfection afin de prendre les mesures appropriées.

  - De même que dans le cas des autres infections sexuellement transmissibles, proposer le conseil et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH à une femme enceinte qui a la syphilis. Dans les zones à forte prévalence du VIH, le conseil et le dépistage volontaire devraient être proposés à toutes les femmes enceintes.

- La prévention de la cécité néonatale. La prophylaxie de la conjonctivite du nouveau-né s'est révélée d'un excellent rapport coût/efficacité là où la prévalence de la gonorrhée chez les femmes enceintes est de 1 % ou plus.

- L'examen et la prise en charge des enfants victimes d'une exploitation ou de violences sexuelles. L'exploitation et les sévices sexuels dont sont victimes les enfants et les adolescents sont désormais reconnus comme un grave problème social ; les décideurs, les éducateurs et les membres des différentes professions relevant de l'action sanitaire et sociale doivent être en alerte dès que l'on soupçonne l'existence d'une exploitation ou de sévices sexuels. Un clinicien formé en pédiatrie doit procéder à un dépistage selon des procédures et des directives définies localement pour déceler ou exclure la présence d'un agent pathogène sexuellement transmissible, y compris le VIH. Une démarche systématique est à mettre en oeuvre pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les enfants et adolescents que l'on pense avoir été victimes de violences sexuelles, car l'infection peut être asymptomatique. Des services d'aide sociale et psychologique doivent être prévus afin de prendre intégralement en charge ces jeunes patients.

Les services de santé destinés aux adolescents

Les infections sexuellement transmissibles sont un risque sanitaire majeur pour tous les adolescents sexuellement actifs.[1] Chaque année, un adolescent sur 20 contracte une infection bactérienne par voie sexuelle, et ce à un âge de plus en plus précoce. La plupart des projets destinés à améliorer la santé sexuelle et génésique des adolescents sont axés sur les conseils en santé sexuelle et sur la planification familiale mais ils omettent, parmi les prestations prévues, les soins à prodiguer en cas d'infection sexuellement transmissible. Il est indispensable d'associer les parents et les jeunes suffisamment mûrs à la planification et à la mise en oeuvre des interventions les concernant si l'on veut influer sur leur comportement. Les programmes, y compris les services de santé sexuelle et génésique assurés dans le cadre des soins de santé primaires, doivent à tout le moins prévoir et assurer les fonctions essentielles ci-après :

- Renforcer la surveillance des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et les jeunes. Les données doivent être stratifiées par âge et par sexe pour permettre une évaluation efficace des programmes et des interventions en vue de bien répondre aux besoins des adolescents.

- Favoriser chez les adolescents une prise de conscience et une meilleure connaissance du problème des infections sexuellement transmissibles, de leurs complications et des moyens de les prévenir. Tous ceux qui en ont besoin devraient avoir accès à une éducation sexuelle adaptée ainsi qu'aux préservatifs masculins et féminins, accompagnés de recommandations claires sur la façon d'en faire un usage correct et régulier. On se rapprochera ainsi du but commun qui est d'améliorer la santé et le bien-être sexuels des adolescents.

- Rendre les services plus accessibles aux adolescents. Il est douteux qu'un seul et même type de prestation des soins suffise à répondre aux besoins de tous les adolescents. On peut s'appuyer sur les services qui existent déjà, notamment : des centres de santé destinés aux adultes, rendus plus accueillants pour les jeunes grâce à une formation appropriée du personnel ; des centres de santé sexuelle et génésique réservés aux adolescents ; des centres d'accueil « tout en un » où les

[1] L'OMS a défini les adolescents comme les personnes âgées de 10 à 19 ans et les jeunes adultes comme les personnes âgées de 15 à 24 ans. L'expression « les jeunes » associe ces deux groupes qui se superposent en partie et désigne la classe d'âge des 10 à 24 ans.

jeunes peuvent avoir accès à toute la gamme des services ; des centres de santé polyvalents pour la jeunesse ; et des services adaptés à l'âge implantés dans les établissements scolaires ou rattachés à eux. Cependant, de nouvelles formules, tels les dispensaires mobiles, s'avéreront peut-être nécessaires pour atteindre les jeunes les plus vulnérables, en particulier les professionnels du sexe et les enfants des rues, notamment à l'occasion de festivals et autres manifestations de grande ampleur.

3.4.2 Le secteur privé

Bien que le secteur public assure des services gratuits dans la plupart des pays, même les moins nantis, ces services ne sont peut-être pas toujours appréciés des clients, ou ne disposent pas du personnel de santé voulu ou des médicaments nécessaires. Le secteur privé ou les tradipraticiens et prestateurs de soins du secteur non structuré sont bien souvent le premier recours des personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible, même lorsqu'elles pensent que les centres de santé publics sont techniquement supérieurs. Beaucoup de gens préfèrent s'adresser aux prestateurs de soins privés, qu'ils soient ou non médicalement qualifiés, parce qu'ils les perçoivent comme plus accessibles, plus soucieux du secret médical et, d'après la réputation qui leur est souvent faite, garants d'une moindre stigmatisation que les établissements du secteur public. L'automédication, après achat direct sans ordonnance auprès de pharmaciens, de droguistes et de petits revendeurs, est également courante.

Compte tenu de ce constat, les politiques et interventions des pouvoirs publics doivent faire appel au secteur privé et au secteur non structuré, et il est indispensable d'instaurer des partenariats public-privé pour soigner les infections sexuellement transmissibles. Les gouvernements doivent édicter une réglementation efficace et adaptée pour assurer la qualité technique et développer le sens des responsabilités au sein des services du secteur privé. Les pays doivent songer à des stratégies de collaboration et de contrôle de la qualité et envisager notamment de former les pharmaciens et les praticiens du secteur privé à la prise en charge des IST et de leur faire connaître les directives en vigueur au plan national. Les pouvoirs publics doivent réfléchir à la façon d'officialiser les relations avec les syndicats de pharmaciens, les associations de tradipraticiens et autres prestateurs de soins, en vue de promouvoir des traitements efficaces compte dûment tenu du contexte et des politiques, lois et règlements en vigueur. Cela doit se faire en collaboration avec les communautés intéressées.

3.4.3 La participation communautaire

Il est important d'associer les communautés aux décisions qui auront des effets sur leur santé, et les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles doivent comporter des mécanismes permettant à la collectivité tout entière de participer par l'intermédiaire de personnalités représentatives de la société civile. Le mieux pour cela est d'instituer des partenariats avec des organisations non gouvernementales, des organisations confessionnelles et communautaires ainsi qu'avec le secteur privé. Il faut initier les communautés à l'existence, aux avantages et aux inconvénients des différents types de prestateurs de soins. Des groupes de défense des consommateurs peuvent être créés et des patients avertis et bien informés peuvent aussi contribuer à améliorer les soins. Les consommateurs peuvent être incités à faire appel aux prestateurs de soins qui adhèrent à des normes de qualité prédéfinies, fixées d'un commun accord et largement diffusées. Les stratégies susceptibles de favoriser la participation communautaire sont notamment les suivantes :

- la diffusion d'informations pour favoriser une prise de conscience du problème au sein de la communauté et accroître sa demande d'interventions et de services ;

- des consultations permanentes avec la communauté ;

- la participation de la communauté à l'élaboration et à la mise en oeuvre des interventions ;
- le partage des responsabilités avec la communauté concernant les résultats du programme ;
- une mise à contribution des dirigeants politiques et personnalités influentes, y compris les chefs traditionnels et religieux, pour la promotion de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

Les organisations religieuses et confessionnelles exercent généralement une grande influence sur l'opinion, les mentalités et le comportement des croyants et de la communauté en général. Elles sont bien souvent les mieux placées pour mener une action éducative concernant le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, car leurs réseaux s'étendent jusqu'aux communautés et aux villages les plus reculés. Ces organisations communautaires peuvent jouer un rôle crucial aussi bien dans la promotion de la prévention, des services de conseil, des soins à domicile, des soins cliniques, voire des services thérapeutiques spécialisés que dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Elles devraient donc être parties prenantes dans les débats sur la sexualité, sur les rapports entre hommes et femmes et sur les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, pour inciter à une réflexion ouverte sur ces questions. Il importe de renforcer la collaboration avec ces organisations et les moyens dont elles disposent afin qu'elles puissent agir plus efficacement contre les infections sexuellement transmissibles en partenariat avec les gouvernements et d'autres acteurs.

3.4.4 Les autres partenaires

Selon les pays, plusieurs autres partenaires et parties prenantes devraient être associés à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles – notamment d'autres ministères tels que ceux de l'éducation et du travail, les instances responsables des sports et de la culture, les services de police et de contrôle des frontières et des sociétés privées relevant par exemple du secteur des transports et du tourisme. Différentes stratégies de lutte peuvent être envisagées avec eux, en particulier des actions de prévention et de soins à entreprendre dans le secteur de l'éducation et sur les lieux de travail. Des dispositifs devraient être mis au point pour inciter des organisations à assumer la responsabilité des soins. Dans certains cas, une collaboration transfrontières s'impose pour appliquer des interventions visant les entreprises commerciales transfrontalières, les migrants à titre temporaire ou définitif, les personnes déplacées et les personnes qui, du fait de leur profession, sont amenées à se déplacer.

3.5 Renforcer la capacité des systèmes de santé d'assurer une prestation de services efficace

L'existence de services de santé, définis au sens large comme comprenant toutes les organisations, institutions et ressources appelées à intervenir sur le plan de la santé, est la condition préalable à la mise en place, à l'exécution et au suivi des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles ainsi qu'à leur réussite. Ce sont les capacités du système de santé de chaque pays qui détermineront pour une grande part la mesure dans laquelle les programmes nationaux pourront offrir des services de grande qualité dans l'aire géographique la plus large, en desservant les populations défavorisées et les populations cibles de manière à avoir un impact mesurable sur la charge des infections sexuellement transmissibles et des autres infections de l'appareil reproducteur tout en prévenant les nouvelles infections. L'aptitude à fournir les services de manière équitable est un élément important, eu égard en particulier à la stigmatisation associée à la prévention primaire et au traitement des infections sexuellement transmissibles. Bien souvent, là où les ressources sont limitées, les systèmes de santé sont surchargés de travail, manquent de fonds et sont mal équipés pour faire face à la demande de soins actuelle et future. Pour renforcer les systèmes de santé, il faut avant tout se préoccuper du financement qui en assurera la viabilité (mobilisation,

regroupement, répartition et versement des fonds), de la gestion et de l'application de la réglementation (afin de garantir la qualité et l'équité) et des partenariats public-privé qui donneront au programme une envergure suffisante pour assurer la couverture la plus large possible.

Dans les pays où une réforme des systèmes de santé est en cours, il importe de s'assurer que les services aux personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles sont bien pris en considération dans le processus. Lors du choix des priorités devant permettre de constituer un ensemble minimum d'interventions sanitaires essentielles pour les soins primaires, il faut tenir compte de la part importante que représentent ces infections dans les problèmes de santé génésique. Les objectifs de la réforme (améliorer la qualité, l'équité et la façon dont il est répondu à l'attente des clients – mais aussi la viabilité et l'efficacité) doivent aussi prendre en compte les prestateurs qui soignent ce type de pathologies. En particulier, on cherchera un financement auprès du secteur privé et on veillera à l'associer activement pour élargir l'accès aux soins.

L'action menée par les systèmes de santé doit se fonder sur une analyse de l'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles, des vulnérabilités et des comportements sexuels à risque, de la propension des gens à se faire soigner et des compétences et attitudes des prestateurs de soins. A partir des conclusions de cette analyse, il conviendrait d'élaborer un programme général de lutte qui porte sur tous les groupes de population ayant besoin des interventions. Les stratégies mises en place pour dispenser les soins doivent être adaptées aux besoins spécifiques des groupes de population auxquels elles s'adressent. Il faut que le programme soit constitué d'un ensemble homogène englobant tous les aspects de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, et notamment les activités de promotion de la santé, les services curatifs et les liens avec les services de planification familiale, de santé sexuelle et génésique, de vaccination, de lutte contre le VIH/SIDA et autres. Il doit favoriser la collaboration entre ces différents partenaires du secteur public comme du secteur privé, afin d'apporter une réponse plurisectorielle aux problèmes.

Le programme doit aussi comporter un plan de contrôle des effets des interventions. L'obtention en temps utile de données relatives à l'exécution du programme et à son impact facilitera la recherche de fonds pour de nouvelles activités et permettra de disposer d'éléments sur lesquels fonder les orientations futures du programme.

3.5.1 L'accès aux services

Dans la plupart des pays, les patients ont le choix entre différents lieux de soins en cas d'infection sexuellement transmissible. Les prestateurs publics sont en concurrence avec toutes sortes de prestateurs privés qualifiés ou non et de tradipraticiens. Tant dans le secteur public que dans le secteur privé, les unités qui peuvent assurer la prise en charge sont : les centres spécialisés, les unités de soins ambulatoires de divers autres services hospitaliers tels que les services d'obstétrique et gynécologie, de dermatologie ou d'urologie, les dispensaires et les centres de soins de santé primaires, ainsi que les centres de planification familiale, de santé maternelle et infantile et de consultations prénatales. Pour décider dans quelle mesure les services seront assurés dans des centres de soins de santé primaires ou des centres spécialisés, il faut tenir compte de la situation épidémiologique, de l'infrastructure et des ressources du pays considéré, ainsi que des comportements et préférences des diverses sous-populations lorsqu'il s'agit pour elles de se faire soigner.

En beaucoup d'endroits, le problème qui se pose est celui de la pénurie de soins de bonne qualité pour les personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible. Offrir des soins dans le secteur public ne conduit pas nécessairement à une meilleure couverture des populations à desservir en priorité, même lorsque ces services sont d'une qualité technique supérieure et assurés gratuitement. D'autres facteurs doivent être pris en considération si l'on veut que tous aient accès aux soins, et il convient en toutes circonstances de tenir compte des attentes des clients. Au stade de la planification

des services, il faut se préoccuper tout particulièrement de l'équité entre les sexes, des adolescents et des groupes défavorisés et marginalisés. On rendra le recours aux services plus facile pour l'usager si l'on agit sur des facteurs tels que la distance par rapport au domicile, le professionnalisme du personnel de santé, le respect de la vie privée et du secret médical et une diminution des temps d'attente. Le secteur privé, y compris les pharmaciens et autres distributeurs de médicaments, doit être associé à ces efforts et s'engager à offrir des services de bonne qualité, y compris par des mesures de surveillance et de contrôle du respect de la réglementation. Les communautés et les consommateurs doivent être instruits des questions de santé en général et des infections sexuellement transmissibles en particulier, et prendre ainsi conscience qu'il est important de s'adresser à un agent de santé dûment formé pour diagnostiquer et traiter ces infections. Pour certaines populations, le prix des médicaments et des préservatifs ou la difficulté de se les procurer peut être un obstacle. Des changements de politique s'imposent peut-être pour améliorer l'accès aux médicaments en optant pour des solutions consistant par exemple à octroyer des subventions aux plus pauvres, à approvisionner généreusement en préservatifs tous les sous-groupes de population, à faire en sorte que les assurances-maladie prennent en charge le coût des diagnostics et à mettre en place des dispositifs d'orientation vers des centres de soins plus spécialisés. Le cas échéant, des services de proximité peuvent permettre à des populations difficiles à atteindre d'avoir plus facilement accès aux soins.

3.5.2 L'assurance de la qualité

La décentralisation et la privatisation du secteur médical sont deux composantes de la réforme du secteur de la santé entreprise par les gouvernements. L'une des grandes difficultés pour les pouvoirs publics est de garantir la qualité dans un secteur privé déjà bien implanté, qui se développe rapidement et sur le rôle et les pratiques duquel ils disposent de peu d'informations. Les gouvernements doivent assumer une fonction de direction qui est l'une de leurs missions de service public essentielles, et mettre en place des procédures propres à garantir la qualité des soins pour la population, tant dans le secteur privé que dans le secteur public.

Des directives nationales pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles

Pour une prise en charge de bonne qualité, il faut élaborer des directives d'après les tendances des infections et maladies observées, et les diffuser auprès de tous les prestateurs qui soignent les infections sexuellement transmissibles. L'élaboration, l'adoption et la diffusion de ces directives doivent se faire en association avec des représentants du secteur public et du secteur privé. Les professionnels de la santé du secteur public comme les dispensateurs de soins du secteur privé doivent recevoir une formation concernant le contenu et l'application de ces directives nationales.

De nombreux obstacles à une bonne prise en charge des infections sexuellement transmissibles peuvent être surmontés grâce à une approche syndromique, surtout (mais pas uniquement) dans les pays peu nantis. Quoique souhaitable, le diagnostic étiologique de ces infections est souvent impossible lorsque les ressources sont limitées. Il faut consulter des spécialistes et comités d'experts nationaux au sujet de la stratégie de prise en charge des infections sexuellement transmissibles la mieux à même de profiter à toutes les couches de la population qui ont besoin de soins. Il peut être souhaitable de mettre au point un ensemble de protocoles à planifier et à appliquer méthodiquement compte tenu des ressources financières, humaines et techniques disponibles et de la charge de morbidité.

Les autorisations d'exercer, agréments et accréditations

L'autorisation d'exercer et l'agrément des établissements contribuent au maintien de la qualité, de la sûreté et d'une bonne répartition géographique des services de soins. Les autorisations d'exercer et les agréments concernent non seulement l'industrie des services de santé, mais aussi l'industrie

pharmaceutique et celle de l'assurance-maladie. Ces mécanismes de contrôle, qui fonctionnent d'autant mieux qu'ils s'exercent en lien étroit avec le secteur privé et grâce à une large participation de celui-ci, permettent aux pouvoirs publics d'assurer un encadrement efficace. Les associations professionnelles et autres instances de contrôle interne opérant indépendamment des pouvoirs publics ou en partenariat avec eux jouent un rôle essentiel lorsqu'il s'agit de faire appliquer la réglementation et de contrôler la qualité.

L'accréditation, procédure qui permet d'attester qu'un établissement est conforme à certaines normes, est souvent liée à la couverture des prestations par les régimes d'assurance-maladie. L'autorisation d'exercer délivrée aux prestateurs de services et l'agrément, dont les associations professionnelles se portent garantes, ainsi que des campagnes d'éducation des consommateurs menées au niveau des communautés dans les langues locales peuvent contribuer au respect des normes de qualité. L'accréditation des programmes de formation avant l'entrée en fonction et en cours d'emploi peut jouer un rôle important en matière d'assurance de la qualité (grâce notamment au contrôle du contenu des programmes de formation et aux exigences en matière de formation médicale continue).

Quand il est difficile voire impossible d'assurer un suivi de la réglementation et de la faire appliquer, ce qui est souvent le cas dans les pays ayant peu de ressources, les décideurs nationaux et locaux doivent recourir à des mesures incitatives pour encourager les bonnes pratiques. Lorsque des prestateurs privés assurent à des prix raisonnables une prise en charge intégrale et de qualité des infections sexuellement transmissibles, l'accréditation ou d'autres formes de reconnaissance liées aux modalités de rémunération (y compris la couverture par l'assurance-maladie) peuvent être une mesure d'incitation. Les avantages pécuniaires octroyés à titre incitatif peuvent être assortis d'une obligation pour les intéressés de communiquer régulièrement des données aux autorités sanitaires, de suivre une formation médicale continue et d'accepter que leurs pratiques fassent l'objet d'une supervision. Parmi les autres mesures incitatives ne consistant pas en une rémunération mais néanmoins d'ordre financier, on peut citer l'accès à des médicaments ou autres produits subventionnés (par exemple un programme de commercialisation à but social des préservatifs), un accès préférentiel aux services de diagnostic et aux établissements de soins de niveau supérieur et la possibilité de participer à des régimes de prestation de services en franchise ou en sous-traitance, par exemple au moyen de chèques-service remis directement aux clients ou autres formules analogues de paiement anticipé. Une stricte application de la réglementation peut être encouragée par l'octroi de ressources suffisantes aux instances de réglementation, une nette séparation des rôles entre ceux qui veillent à l'application des règlements et ceux qui sont censés les appliquer, et la création de groupes de défense des consommateurs.

Le contrôle par les pairs et l'autodiscipline

Dans les pays qui ont des dispositifs de réglementation efficaces, il existe un dialogue permanent à différents niveaux entre les pouvoirs publics et les associations professionnelles du secteur privé. Il peut être fait appel aux associations professionnelles et aux réseaux de prestateurs pour qu'ils exercent des pressions sur leurs pairs et encouragent l'autodiscipline en partenariat avec les pouvoirs publics. Ces instances peuvent par exemple inciter leurs membres à assurer des services de bonne qualité en leur attribuant des points de compétence (ou des unités de valeur dans le cadre de la formation continue) après qu'ils ont participé à des réunions et ateliers de formation et de mise à jour des compétences. Mais plusieurs essais contrôlés randomisés ont montré que les programmes d'enseignement médical continu non assortis d'incitations financières ou ne donnant pas accès à de meilleures conditions de travail contribuent médiocrement à l'amélioration des pratiques.

Le soutien par la supervision et le suivi

Des visites régulières de supervision et de suivi effectuées auprès des centres de santé sont un outil précieux pour maintenir la qualité des soins et soutenir le moral et la motivation de ceux qui les prodiguent, ainsi que l'a d'ailleurs montré l'essai réalisé à Mwanza (République-Unie de Tanzanie). Ces visites de supervision ne se limitent pas nécessairement au secteur public. Elles peuvent être adaptées au secteur privé dans le but d'y maintenir la qualité, d'y assurer une formation continue et d'instaurer une collaboration entre secteur privé et secteur public. Les visites de supervision doivent être conçues comme une démarche d'incitation ne représentant pas une menace pour les prestateurs de soins mais plutôt un encouragement, un moyen de se mettre à jour et d'améliorer continuellement la qualité des soins. La formation des personnes chargées de la supervision est importante, car elles doivent apprendre à utiliser différemment leurs compétences, de manière à apporter un soutien plutôt que de porter des jugements et de rechercher des défaillances.

Les rapports avec les établissements de niveau supérieur

La création de centres nationaux et régionaux de recours auxquels renvoyer les cas complexes et à qui demander de confirmer des diagnostics est de nature à améliorer le contrôle de la qualité. Parmi les protocoles types de gestion mis au point pour tous les agents de santé ayant à prendre en charge des infections sexuellement transmissibles doivent figurer des protocoles d'orientation-recours précisant où et quand aiguiller les malades. Les taux d'abandon parmi les patients adressés à un autre établissement sont souvent élevés. Il faut veiller à ne pas orienter les patients vers des centres qui, au terme d'un voyage long et coûteux, ne leur proposeront rien de plus.

Une supervision active et un enseignement médical continu fondé sur l'examen de cas concrets et l'organisation de sessions de formation en cours d'emploi aident à renforcer les liens entre les différents établissements. De même, les consultations et communications entre le centre de santé et l'établissement de niveau supérieur par le biais de visites ou de liaisons radio renforcent la confiance et donnent de l'assurance au personnel.

Toutefois, le plus important est la mise en place au niveau du district d'un programme dont les buts et objectifs auront été convenus d'un commun accord et qui prévoit des protocoles types, des indicateurs de performance et des réunions de bilan annuelles ou bisannuelles. Les liens avec l'établissement supérieur s'en trouvent renforcés et deviennent plus interactifs, ce qui permet d'instaurer des relations plus constructives et plus motivantes entre les membres du personnel.

3.5.3 Les services financiers

Dans tout système de soins de santé, il est crucial d'assurer le financement et les rémunérations ; il existe quatre fonctions à cet égard : mobilisation des ressources, regroupement des fonds, allocation des crédits, rémunérations et achats. Tout service de santé s'acquitte de ces fonctions, mais chacun d'eux les organise de manière différente pour tenir compte de la diversité des structures institutionnelles, des attentes de la société et des modes de gestion. La façon dont un système de santé est financé influe fortement sur la couverture des programmes, sur l'équité et sur les résultats sanitaires.

On ne peut séparer la mobilisation de ressources pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles de celle en faveur des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Dans les décisions à prendre sur le plan tant international que national en matière de collecte de fonds, il est d'autant plus essentiel de veiller à ce que des crédits suffisants aillent à la lutte contre les autres infections dans le cadre de l'enveloppe budgétaire globale pour le VIH/SIDA qu'il faut appliquer plus largement les interventions existantes contre les infections sexuellement transmissibles. La lutte contre ces infections

étant indissociable du financement de la lutte contre le VIH, les politiques appliquées en matière de paiement des soins par les usagers doivent être les mêmes pour l'infection à VIH et pour les autres infections sexuellement transmissibles.

Si la responsabilité de mobiliser les ressources est déplacée vers les centres où sont assurés les services moyennant la facturation des soins aux usagers, il faut obligatoirement prévoir des régimes d'exemption en faveur des plus pauvres. La couverture universelle sera possible si l'on met en place des systèmes de cotisation tels que des régimes d'assurance-maladie ou d'assurance sociale mais non en s'appuyant sur le paiement par l'usager. A mesure que les pays créent ou développent des régimes d'assurance-maladie (régimes mis en place par l'Etat, liés à l'emploi, assurances privées et régimes d'assurance communautaires), les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles devront veiller à ce que les prestations médicales qu'ils assurent soient incluses dans les services couverts. Dans beaucoup de pays peu nantis, le coût des médicaments représente la part la plus importante des dépenses payées directement par les individus ou les ménages (frais assumés par les patients eux-mêmes et non par le système de santé ou par une assurance-maladie). Ces dépenses directes peuvent atteindre 65 % du coût total des médicaments en Afrique subsaharienne et 81 % en Asie. Dans les pays industrialisés, la proportion dépasse rarement 20 %.

Des apports financiers suffisants ou relativement adéquats à tous les niveaux du système permettent de mieux répondre aux attentes et améliorent l'efficacité des services. Dans les pays où les décisions financières se prennent de manière décentralisée, la répartition des crédits s'effectue souvent à l'échelon local, ce qui signifie que le responsable du programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles doit savoir influencer les décideurs et être capable d'élaborer et d'exécuter un plan stratégique. En général, les dispensaires publics des pays peu nantis sont médiocrement équipés et n'ont guère de moyens, ce qui nuit au moral du personnel. Il faut encourager une certaine souplesse dans la conception et la mise en oeuvre de diverses modalités de paiement et d'achat adaptées aux conditions locales. Différentes options doivent être envisagées, tant du côté de la demande (chèques-service, par exemple) que du côté de l'offre (primes de rendement venant compléter le salaire, par exemple).

Etant donné que de nombreux gouvernements et organismes donateurs privilégient désormais une approche sectorielle pour acheminer l'aide vers le secteur de la santé, les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles devront veiller de près à ce que les activités de prévention et de soins figurent en bonne place dans les buts et objectifs de ce secteur. Au titre de cette nouvelle approche, les fonds vont à l'ensemble du secteur de la santé et non à des projets spécifiques, et c'est le ministère de la santé qui fixe les priorités du secteur. Cette approche a certes pour but d'améliorer l'efficacité, mais on risque de voir les services qui soignent les infections sexuellement transmissibles, auxquels les pays en développement attribuent traditionnellement une faible priorité dans leurs budgets de la santé, réduits plus que jamais à la portion congrue.

3.5.4 La mise en valeur des ressources humaines

La formation des cadres, la gestion et la planification stratégique, l'action de sensibilisation, la gestion des produits, les systèmes d'information sanitaire et autres questions techniques relevant de la gestion des programmes nationaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les infections de l'appareil reproducteur ne sont pas du ressort de la présente stratégie et doivent être abordés dans le contexte plus large d'une stratégie de développement des ressources humaines dans le secteur de la santé. La présente section traite de la formation du personnel sanitaire chargé de soigner les infections sexuellement transmissibles.

Les besoins prévisibles en effectifs des services qui soignent les infections sexuellement transmissibles peuvent être satisfaits, pour une part, en conservant le personnel de santé existant et en

lui dispensant une nouvelle formation et, pour une autre part, en recrutant et en formant du personnel supplémentaire. Tous les membres de l'équipe doivent être formés à leur rôle spécifique dans la gestion des différents éléments du programme. Chaque agent de santé doit recevoir une formation adaptée aux fonctions qui sont les siennes. Par exemple, si les prestateurs de soins de santé travaillant dans des centres de consultations prénatales et de planification familiale sont appelés à soigner les infections sexuellement transmissibles, leur formation doit être conçue dans cette optique. De même, si des médecins sont appelés à informer et à conseiller les patients, leur formation doit être élargie en conséquence.

Les facultés de médecine et autres établissements d'enseignement universitaire doivent jouer un rôle plus important dans la formation à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, qui doit englober tous les aspects de la prévention, des soins et du conseil et faire partie de la formation de base des médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, pharmaciens et agents de santé publique. L'initiation à la démarche syndromique, son application aux infections sexuellement transmissibles, son fondement scientifique et ses avantages et inconvénients doivent être inclus dans les différents programmes d'enseignement. Les infections sexuellement transmissibles doivent aussi figurer en bonne place dans les programmes de formation médicale de troisième cycle en santé publique.

Tous les membres de l'équipe sanitaire, qu'il s'agisse des cliniciens, des pharmaciens ou des agents placés en première ligne tels que les employés de bureau et réceptionnistes, doivent bénéficier d'une formation en cours d'emploi. Celle-ci ne doit pas se limiter aux aspects biomédicaux de la prise en charge, mais elle doit s'étendre aux façons de voir et aux convictions des prestateurs. Des techniques novatrices telles que l'enseignement à distance et l'enseignement assisté par ordinateur sont à envisager.

Les associations professionnelles peuvent jouer un rôle important en matière de formation médicale continue et de mise à jour des compétences, auprès des prestateurs du secteur privé en particulier : leur contribution peut prendre la forme de sessions de formation, de conférences, d'articles de journaux, de bulletins et de manuels d'auto-enseignement.

La formation continue du personnel (cours de recyclage) doit être conçue en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et de développement du personnel. Il importe aussi d'améliorer les compétences en matière de lutte contre ces affections dans d'autres secteurs ainsi qu'au sein des communautés, en renforçant les capacités et en amenant une prise de conscience. Il faut réfléchir au rôle que les agents de santé travaillant au sein des communautés peuvent jouer dans la prise en charge des infections sexuellement transmissibles là où ce type de personnel existe.

Bien que souvent négligés par manque de moyens, le suivi et la supervision sont des aspects essentiels de la formation et contribuent beaucoup à la qualité des soins.

3.5.5 L'appui des laboratoires à la mise en oeuvre des programmes

Dans beaucoup de communautés, le coût et l'irrégularité de l'approvisionnement en fournitures et en nécessaires d'épreuve et le manque de compétences restreignent énormément les possibilités de faire appel aux laboratoires pour dépister les infections sexuellement transmissibles. Même lorsque ces moyens sont disponibles, le grand nombre de cas d'infection sexuellement transmissible et la difficulté qu'il y a à identifier les micro-organismes responsables de certaines d'entre elles, ainsi que la fréquence des co-infections, rendent souvent le recours au laboratoire pour la prise en charge de chaque cas irréaliste et peu fiable. En outre, les résultats de la plupart des tests effectués en laboratoire se font attendre très longtemps, si bien que le traitement est retardé ou que l'on perd le patient de vue. A cela vient s'ajouter le problème de la fiabilité des résultats de laboratoire, car les tests, pour un

même micro-organisme, diffèrent d'un fabricant à l'autre ; de plus, les résultats d'un même test peuvent varier en fonction de l'expérience du technicien et de la technique utilisée pour recueillir l'échantillon, ainsi que de la capacité du système de santé d'assurer le stockage et le transport. En raison de ces contraintes, le recours au laboratoire ne devrait avoir lieu que lorsqu'il est indispensable pour prendre des décisions d'ordre programmatique ou clinique.

Des installations de laboratoire de bonne qualité doivent être mises en place partout où le diagnostic d'infection sexuellement transmissible est posé sur la base de résultats de laboratoire, qu'il s'agisse de diagnostiquer un cas précis d'infection ou d'appuyer une prise en charge syndromique. L'ensemble du personnel de laboratoire doit bénéficier d'une formation adéquate, et des directives claires doivent lui être fournies en ce qui concerne les tests à utiliser, l'interprétation des résultats et les délais d'attente de ceux-ci. Des directives doivent aussi être données et appliquées en matière de contrôle interne de la qualité, et la participation à des programmes d'assurance externe de la qualité doit être encouragée.

Une stratégie efficace de lutte doit pouvoir s'appuyer sur les laboratoires ; il faut disposer de directives claires, précisant à quels endroits le réseau doit être renforcé et à quelle fin. Il faut créer des laboratoires ou les développer aux échelons national et régional et, éventuellement, lorsque cela est faisable, à l'échelon local. Ces laboratoires peuvent, en travaillant ensemble, appuyer efficacement les services. Pour être d'un bon rapport coût/efficacité, il est souhaitable que ce réseau précise le rôle et les responsabilités de chaque échelon, suivant ce qui est recommandé ci-après :

Au niveau national

- on effectuera des enquêtes épidémiologiques, des enquêtes sur des sites sentinelles et des études étiologiques afin de suivre l'évolution des maladies et de contrôler l'efficacité des interventions ;

- on validera et on adaptera les schémas opérationnels à l'appui des recommandations et des lignes directrices relatives à la prise en charge syndromique ;

- on mettra en place des systèmes nationaux de contrôle des compétences et de la qualité pour le diagnostic des infections sexuellement transmissibles en laboratoire ;

- on organisera des ateliers de formation au diagnostic des infections sexuellement transmissibles en laboratoire ;

- on évaluera la performance et le rapport coût/efficacité des nouveaux tests diagnostiques ;

- on dépouillera les données relatives à l'évolution de la sensibilité aux antimicrobiens en vue de faire des recommandations ;

- au niveau des établissements de niveau supérieur, on fera le diagnostic pour les cas où la prise en charge syndromique a échoué et à des fins médico-légales (par exemple en cas de viol ou de sévices sexuels) ;

- chaque fois que possible, on instaurera des programmes de dépistage des infections à gonocoques et à *Chlamydia* asymptomatiques, ou on les renforcera, en visant particulièrement les populations cibles telles que les jeunes sexuellement actifs.

Au niveau régional

- on réalisera des études étiologiques pour suivre l'évolution des maladies et contrôler l'efficacité des interventions ;
- on suivra l'évolution de la sensibilité aux antimicrobiens ;
- on appuiera les dispositifs régionaux de contrôle de l'efficacité et de la qualité du diagnostic des infections sexuellement transmissibles en laboratoire ;
- on organisera des ateliers de formation au diagnostic des infections sexuellement transmissibles en laboratoire.

Au niveau local

- on appuiera les enquêtes portant sur des sites sentinelles ;
- on effectuera une recherche sérologique systématique de la syphilis chez les femmes enceintes.

3.5.6 La gestion des achats et de la logistique

Pour pouvoir travailler efficacement, le personnel de santé doit disposer de médicaments et de fournitures (telles que gants, seringues et articles de laboratoire), de préservatifs et de matériel médical (par exemple tables d'examen, lampes d'examen, paravents pour préserver l'intimité, spéculums pour examen vaginal et matériel de stérilisation). Les quatre éléments essentiels du cycle logistique auxquels il faut réfléchir sont donc les suivants :

- le choix des fournitures à avoir en stock (en coordination avec le programme national pour les médicaments essentiels afin de s'assurer que les médicaments et articles nécessaires sont homologués par les autorités nationales et figurent dans les listes de médicaments et produits essentiels établies par le pays) ;
- une stratégie d'achat visant à garantir que les fournitures sont achetées à des prix abordables et compétitifs et selon un processus transparent ;
- un système de distribution garantissant que les fournitures arrivent régulièrement là où elles sont nécessaires (sachant que la plupart des médicaments servant à traiter les infections sexuellement transmissibles sont couramment utilisés pour traiter d'autres infections) ;
- une gestion avisée des produits, garantissant que les fournitures sont achetées, payées et renouvelées en temps utile.

Dans beaucoup de pays en développement, il est difficile de se procurer des médicaments contre les infections sexuellement transmissibles, du fait notamment de leur coût, d'un financement irrégulier et d'un approvisionnement erratique qui conduisent à de fréquentes pénuries. Bien que la plupart de ces médicaments soient des génériques dont le prix n'est pas prohibitif, leur coût détermine en grande partie les possibilités d'accès dans la majorité des pays en développement. En fait, la plupart des médicaments utilisés pour traiter les infections sexuellement transmissibles ne sont pas spécifiques de ces infections mais servent aussi à soigner d'autres maladies. Il faut analyser les raisons qui expliquent l'irrégularité de l'approvisionnement en médicaments pour le traitement de ces pathologies afin de trouver des solutions. Parmi les stratégies envisageables pour améliorer l'accès à la totalité des

médicaments contre les infections sexuellement transmissibles, on citera le recours à des médicaments génériques sûrs et de grande qualité, les achats en vrac permettant d'acheter au moindre coût, la pratique de prix différenciés, les stratégies de financement et une rationalisation de la prescription des médicaments (par exemple en appliquant des protocoles standard de prise en charge).

D'autres mécanismes d'accompagnement destinés à faciliter l'accès aux médicaments peuvent être envisagés, selon des modalités différant d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre ; il peut s'agir, entre autres, de formuler une politique, de trouver des solutions novatrices et d'instituer des réglementations. On étudiera l'opportunité de mesures telles que :

- la mise en place d'un organe national pluridisciplinaire ayant pour mission de coordonner les politiques en matière d'utilisation des médicaments, d'édicter et de faire appliquer une réglementation appropriée ;

- la création de comités des médicaments et de comités thérapeutiques aux niveaux des districts et des hôpitaux ;

- la formation en pharmacothérapie pratique au cours du premier cycle universitaire ;

- la formation médicale continue en cours d'emploi, obligatoire pour commercialiser des médicaments ;

- l'éducation du grand public dans les langues locales au sujet des médicaments ;

- la diffusion d'informations indépendantes sur les médicaments aux prescripteurs, autres que celles qu'ils ne peuvent obtenir qu'auprès de l'industrie pharmaceutique ;

- la supervision, le contrôle et l'information en retour des prescripteurs ;

- le financement adéquat par les pouvoirs publics, garantissant que l'on disposera de suffisamment de médicaments et de personnel ;

- les interventions tendant à empêcher que l'industrie n'offre des avantages financiers aux prescripteurs qui utilisent certains médicaments.

3.6 Les priorités pour une action immédiate

A titre prioritaire, les pays doivent entreprendre de dispenser des soins aux personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles ou étendre ceux déjà dispensés en recourant aux interventions clés sur lesquelles on dispose de suffisamment d'informations et d'éléments de preuve pour être certain de leur impact et de leur faisabilité (Tableau 3, Interventions de priorité 1). Ces interventions ont été appliquées en de nombreux endroits moyennant un surcroît modeste de ressources humaines et financières, mais pas assez largement pour avoir un impact maximum au niveau national. Certaines d'entre elles pourront être appliquées selon le principe « planifier, agir, évaluer, passer à l'échelle supérieure » afin d'obtenir plus d'informations, d'enrichir les connaissances et de recueillir des données tout en assurant les services. Les interventions qui demandent d'importantes ressources humaines et financières devront être appliquées progressivement à mesure qu'on obtient davantage de ressources (Tableau 3, Interventions de priorité 2). Pour chaque composante, il faut tenir compte de la dynamique de la transmission, des réseaux sexuels, des populations vulnérables, de la prestation des services et du fait qu'une personne atteinte d'une infection sexuellement transmissible peut se présenter avec ou sans symptômes dans l'un quelconque des nombreux centres de santé du pays.

Tableau 3. Récapitulatif des interventions applicables immédiatement

Interventions de priorité 1	Indicateurs	Cibles au niveau national
1. Mettre à profit les expériences concluantes. Développer les services de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles (prise en charge syndromique si les moyens diagnostiques sont limités).	1a). Proportion des sites de prestation des soins primaires qui prennent intégralement en charge les infections symptomatiques.	1a). D'ici 2015, soins complets aux personnes atteintes d'une infection sexuellement transmissible sur 90 % des sites de prestation des soins primaires.
	1b). Dans des centres de santé donnés, proportion de cas d'infections sexuellement transmissibles avec diagnostic, traitement et services de conseil satisfaisants et conformes aux directives nationales.	1b). D'ici 2015, diagnostic, traitement et services de conseil satisfaisants pour 90 % des hommes et des femmes atteints d'une infection sexuellement transmissible vus dans les centres de santé.
2. Lutter contre la syphilis congénitale en vue de l'éliminer.	2. Proportion de femmes enceintes de 15 à 24 ans vues en consultation prénatale qui sont séropositives pour la syphilis.	2a). Dépistage de la syphilis pour plus de 90 % des femmes de 15 à 24 ans qui consultent les services prénatals pour la première fois. 2b). D'ici 2015, traitement adéquat pour plus de 90 % des femmes séropositives pour la syphilis.
3. Appliquer à plus grande échelle les stratégies et programmes de prévention des infections sexuellement transmissibles pour les VIH-positifs.	3. Proportion de VIH-positifs atteints d'une infection sexuellement transmissible qui bénéficient de soins complets, y compris de conseils sur l'usage du préservatif et la notification aux partenaires.	3a). D'ici 2010, stratégies et directives concernant les interventions en faveur des VIH-positifs atteints d'une infection sexuellement transmissible. 3b). Soins performants dispensés aux VIH-positifs atteints d'une infection sexuellement transmissible sur 90 % des sites de prestation des soins primaires.
4. Mieux surveiller les infections sexuellement transmissibles dans le cadre de la surveillance de deuxième génération du VIH.	4a). Nombre d'études de prévalence effectuées (sur des sites ou dans des populations sentinelles) tous les trois à cinq ans.	4a). D'ici 2015, au moins deux séries d'études de prévalence.
	4b). Incidence annuelle des infections sexuellement transmissibles notifiées (notification par syndrome ou par étiologie).	4b). D'ici 2015, notification systématique des infections sexuellement transmissibles depuis au moins cinq années consécutives.
5. Lutter contre les infections bactériennes qui causent des ulcérations génitales.	5a). Proportion de cas confirmés d'infection bactérienne avec ulcérations génitales parmi les patients qui ont des ulcérations génitales.	5a). D'ici 2015, aucun cas de chancre mou parmi les patients qui ont des ulcérations génitales.
	5b). Pourcentage de femmes enceintes de 15 à 24 ans vues en consultation prénatale qui ont une sérologie positive pour la syphilis.	5b). Sérologie positive pour la syphilis chez moins de 2 % des femmes enceintes de 15 à 24 ans vues en consultation prénatale.

Interventions de priorité 2	Indicateurs	Cibles au niveau national
6. Mettre à profit les expériences concluantes. Appliquer des interventions ciblées dans les populations à haut risque et vulnérables.	6a). Bilan des besoins et application de plans nationaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, pour les principales populations à haut risque et vulnérables.	6a). D'ici 2010, évaluation des besoins sanitaires, des politiques, de la législation et de la réglementation ; application de plans et d'interventions ciblées, adaptées au pays et soigneusement sélectionnées.
	6b). Proportion de jeunes (15-24 ans) atteints d'une infection dépistée par test de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.	6b). D'ici 2015, au moins deux séries d'études de prévalence parmi les jeunes et les groupes qui ont des comportements à haut risque.
7. Assurer une éducation et des services complets de santé sexuelle adaptés à l'âge.	7. Pourcentage d'écoles où au moins un enseignant peut inculquer les savoir-faire pratiques indispensables pour prévenir le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.	7a). D'ici 2007, examen des politiques et mise au point de matériels scolaires d'information et d'éducation. 7b). D'ici 2015, davantage d'enseignants formés à l'apprentissage actif des savoir-faire pratiques pour prévenir le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.
8. Promouvoir le traitement des partenaires et la prévention de la réinfection.	8a). Proportion de patients atteints d'une infection sexuellement transmissible dont les partenaires sont orientés pour traitement.	8a). D'ici 2010, plans et matériels d'appui concernant la notification aux partenaires et formation des prestateurs de soins. 8b). D'ici 2010, double proportion de patients qui amènent leurs partenaires à consulter ou leur remettent un traitement.
9. Faciliter la distribution des vaccins efficaces (contre l'hépatite B, l'infection à papillomavirus humain et, éventuellement, l'infection à virus *Herpes simplex* type 2).	9a). Politique et plans de vaccination universelle contre l'hépatite B.	9a). D'ici 2008, plans de vaccination contre l'hépatite B et l'infection à papillomavirus humain.
	9b). Examen des plans et de la politique, et stratégies d'administration des vaccins anti-papillomavirus humain et éventuellement anti-virus de l'*Herpes simplex* type 2.	9b). D'ici 2010, programmes pilotes de vaccination en cours d'extension.
10. Faciliter la conception et la mise en place de services de conseil et de dépistage volontaire du VIH pour tous les patients atteints d'infections sexuellement transmissibles.	10. Proportion de patients examinés à la recherche d'une infection sexuellement transmissible qui se voient systématiquement offrir des services de conseil et de dépistage confidentiel du VIH.	10a). D'ici 2015, conseil et dépistage du VIH dans tous les services qui soignent les infections sexuellement transmissibles. 10b). Double proportion de patients atteints d'une infection sexuellement transmissible qui bénéficient de services de conseil et de dépistage volontaire du VIH.

3.6.1 Les conditions d'une prise en charge de bonne qualité

Pour être complète, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles exige au minimum :

- de poser un diagnostic correct ;
- d'administrer un traitement efficace ;
- d'éduquer et de conseiller sur les moyens de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, ou de réduire le risque de contamination ;
- de préconiser l'emploi des préservatifs, d'en fournir et d'indiquer comment en faire un usage correct et régulier ;
- de veiller à ce que les partenaires sexuels soient informés et soignés.

On dispose de suffisamment de preuves que, dans de nombreux lieux de soins, la prise en charge syndromique est efficace et a eu un effet sur l'épidémie d'infections sexuellement transmissibles. On a notamment constaté dans plusieurs pays une baisse de l'incidence des infections suite à l'application de stratégies de lutte fondées sur l'approche syndromique ; c'est ce qu'il est résulté par exemple d'interventions auprès de professionnels du sexe en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, ainsi que dans des dispensaires spécialisés du Burkina Faso et du Kenya. Au niveau communautaire, les effets de cette démarche ont été démontrés par des études réalisées en Ouganda (Masaka) et en République-Unie de Tanzanie (Mwanza). Ce type d'intervention est particulièrement efficace en cas d'écoulement urétral chez les hommes et d'ulcération génitale chez les deux sexes.

La prise en charge syndromique de l'écoulement urétral et des ulcérations génitales peut être étendue de façon à être assurée sur au moins 90 % des lieux où sont dispensés des soins de santé primaires et à couvrir au moins 90 % des patients atteints. Les éléments suivants jouent un rôle important dans son application :

- systèmes logistiques d'approvisionnement en médicaments ;
- formation du personnel de santé ;
- secret médical ;
- validation périodique des schémas opérationnels afin de les adapter à l'évolution épidémiologique des infections sexuellement transmissibles dans un lieu donné ;
- stratégies de notification des partenaires sexuels, comprenant : la notification par le prestateur des soins ; le cas échéant, la remise du traitement au partenaire par le patient lui-même ; le recours à l'Internet s'il y a lieu ; et le traitement présomptif des partenaires sexuels, notamment des hommes présentant des symptômes.

3.6.2 L'accès aux produits et médicaments essentiels

La prévention et la prise en charge supposent d'avoir accès à un ensemble de médicaments et de produits essentiels. Cet accès doit être garanti et, au besoin, élargi. Tout centre de santé ayant un service de lutte contre les infections sexuellement transmissibles doit disposer à tout le moins d'un stock de réserve de 60 jours des articles indispensables.

3.6.3 Les interventions pour les populations à haut risque et vulnérables

Il faut mettre en place des interventions adaptées à la situation et à la culture locales et les étendre pour que les populations à haut risque et vulnérables, notamment les jeunes, les professionnels du sexe, les hommes homosexuels, les toxicomanes par voie intraveineuse et d'autres populations encore aient plus largement accès aux soins. Des interventions de prévention du VIH fondées sur des données probantes ont été comparées récemment : celles qui visent les professionnelles du sexe viennent en tête du point de vue de l'efficacité et de l'importance de l'effet, et en dernière position pour ce qui est du coût et de la dépendance vis-à-vis du système de santé. D'après ce que l'on sait sur les interventions les plus efficaces et en prévoyant la possibilité d'approches innovantes dans certains domaines, on peut suggérer aux pays de se fixer les objectifs prioritaires suivants :

- faire en sorte qu'au moins 90 % des personnes appartenant à la catégorie des professionnels du sexe et autres groupes vulnérables jugés prioritaires selon les endroits soient informées sur les infections sexuellement transmissibles et bénéficient des interventions dont elles ont besoin ;

- en tenant compte de l'âge des élèves, dispenser une éducation sexuelle complète à l'école, y compris des programmes nouveaux ou révisés qui, en s'appuyant sur des bases factuelles, leur enseignent les savoir-faire pratiques indispensables pour se prémunir contre l'infection à VIH et les autres infections sexuellement transmissibles ;

- concevoir et appliquer des programmes pédagogiques adaptés à l'âge (par exemple sexualité et relations intimes, éducation sexuelle, usage correct et régulier du préservatif) qui utilisent différents médias (tels que sites de dialogue en ligne sur Internet, médias grand public, annonces, affiches et timbres-poste, théâtre initiant aux bons comportements sexuels) pour éduquer les jeunes et les communautés ;

- rendre les services de santé plus accueillants selon l'âge des patients, en particulier pour les adolescents, en recyclant le personnel de santé et en appliquant une politique de soins axée sur le client ;

- cautionner et soutenir les efforts déployés pour endiguer les maladies bactériennes qui causent des ulcérations génitales et pour éliminer la syphilis congénitale selon une stratégie de lutte intégrée contre la syphilis et les maladies provoquant des ulcérations génitales, en tenant compte des considérations suivantes :

  - l'élimination de la syphilis congénitale devient plus facilement réalisable au niveau national ;

  - la prévalence du chancre mou diminue déjà dans de nombreux pays, mais il faut obtenir davantage de données et redoubler d'efforts dans les zones où il reste endémique ;

  - beaucoup d'interventions contribuant à réduire la transmission du VIH permettent aussi de réduire la prévalence des maladies qui causent des ulcérations génitales ;

- offrir une éducation et des conseils ciblés pour prévenir la propagation du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, y compris :

  - des services de conseil pour les porteurs du VIH, de conseil et de dépistage volontaire du VIH pour les personnes atteintes d'autres infections sexuellement transmissibles ;

– la coordination des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH avec le dépistage de la syphilis, et si possible celui d'autres infections sexuellement transmissibles, afin de déceler tout risque de syphilis congénitale et d'administrer le traitement en même temps que sont prodigués les soins anti-VIH, dans le but de réduire la mortalité de l'enfant (cible 5 du quatrième objectif du Millénaire pour le développement) ;

- faciliter, soutenir et promouvoir la vaccination universelle contre l'hépatite B, en particulier pour les personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles et les sujets à haut risque, et élaborer des stratégies pour les vaccins qui seront bientôt adoptés, comme les vaccins contre le papillomavirus humain et le virus *Herpes simplex* type 2 ;

- former des partenariats pour appliquer la présente stratégie, et intégrer les interventions horizontalement dans les services infections sexuellement transmissibles/VIH, les services de santé sexuelle et génésique et autres services de soins de santé primaires après avoir conçu des cadres théoriques et opérationnels à cet effet ;

- solliciter une plus grande assistance technique et financière des organismes internationaux et nationaux afin d'atteindre les cibles fixées et de maintenir la qualité des soins.

3.6.4 La surveillance et la collecte de données

Les pays doivent disposer d'informations stratégiques sur l'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles et sur l'action menée en vue de réduire la charge de morbidité et de répondre aux besoins. Des données exactes permettent de procéder à une planification stratégique et sont utiles pour l'action de sensibilisation et le classement des interventions par ordre de priorité. La surveillance de deuxième génération du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles devenant de plus en plus faisable, les pays devraient instaurer un système de surveillance qui couvre les comportements à risque et recueillir des informations et des données sur divers groupes de population comme les adolescents scolarisés et non scolarisés, les forces de l'ordre et les forces armées.

3.6.5 Une approche intégrée de la mise en oeuvre : responsabilités communes

Pour que les services deviennent plus rapidement accessibles à la population, les disciplines intervenant à différents niveaux du système de santé doivent agir en collaboration. Le Tableau 4 récapitule les principales activités que les programmes de lutte contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles, les programmes de santé sexuelle et génésique et les ministères de l'éducation et du travail peuvent entreprendre en collaboration. Au niveau national, on peut associer plusieurs acteurs à cette collaboration, par exemple des groupes de femmes, des clubs, des associations et des institutions religieuses, à condition de procéder à l'adaptation nécessaire au plan local.

Tableau 4. Guide des interventions à appliquer en collaboration pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles

Programmes	Principales activités prioritaires	Activités à entreprendre en collaboration
VIH/SIDA	• Prévention et prise en charge du VIH/des infections sexuellement transmissibles • Promotion de l'usage du préservatif • Prévention auprès des VIH-positifs • Conseil et dépistage volontaire du VIH • Surveillance de deuxième génération avec indicateurs sur les infections sexuellement transmissibles • Suivi et évaluation • Recherche opérationnelle	• Santé sexuelle • Interventions ciblées de prévention et de prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles • Promotion de la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles
Infections sexuellement transmissibles	• Principes directeurs, conception et intégration de programmes d'enseignement, formation, assurance de la qualité • Prise en charge syndromique dans les dispensaires spécialisés • Guide et plan de traitement des partenaires • Promotion de l'usage du préservatif • Surveillance • Interventions ciblées de prévention et de lutte • Suivi et évaluation • Recherche opérationnelle et cycle planifier-agir-évaluer-passer à l'échelle supérieure	• Prévention des infections sexuellement transmissibles chez les VIH-positifs • Dépistage prénatal de la syphilis • Surveillance de deuxième génération • Conseil et dépistage volontaire dans les services spécialisés
Santé sexuelle et génésique	• Prévention et prise en charge de la syphilis prénatale • Promotion de l'usage du préservatif pour une double protection (prévention des infections sexuellement transmissibles et contraception) • Recommandations adaptées à l'âge en matière de santé sexuelle • Traitement des infections sexuellement transmissibles dans les services de santé génésique • Suivi et évaluation • Recherche opérationnelle et cycle planifier-agir-évaluer-passer à l'échelle supérieure	• Surveillance de deuxième génération
Ministériel (éducation et jeunesse)	• Education et services de santé sexuelle complets adaptés à l'âge, avec élaboration de matériels d'information dans les langues locales	• Centres de santé scolaires, si l'option est envisageable
Ministériel (travail, tourisme) et autres domaines	• Interventions sur le lieu de travail comprenant l'éducation et l'information par les pairs • Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles	• Centres de santé équipés pour dépister et traiter les infections sexuellement transmissibles

4. LA STRATEGIE DE SENSIBILISATION : MOBILISER LES RESPONSABLES POLITIQUES ET SOCIAUX ET LES BAILLEURS DE FONDS

4.1 Sensibiliser

Aussi bonnes que soient les technologies et les interventions existantes, elles ne sont d'aucun profit à la population sans la volonté politique et les ressources nécessaires à leur application. La stigmatisation à laquelle donne lieu les infections sexuellement transmissibles empêche d'avoir un débat public sur la prévention et les soins et fait obstacle à la participation communautaire. Les infections de ce type suscitent encore la réprobation sociale, et il existe peu d'associations de malades qui plaident publiquement ou font pression pour qu'elles fassent l'objet de programmes. Une action de sensibilisation doit être menée au niveau des pays et au niveau mondial pour que la lutte contre les infections sexuellement transmissibles occupe une place importante dans les programmes de santé. Il faut en outre un solide encadrement (avec le soutien de la société civile), un projet et des messages clairs ainsi que des stratégies et des interventions (fondées sur des bases scientifiques solides) pour inciter à agir. L'action de sensibilisation sera plus efficace si :

- on fait un bilan stratégique de la situation et on conçoit bien les messages ;
- on repère les principaux acteurs qui peuvent exercer une influence sur les politiques et sur l'affectation des ressources ;
- on crée des coalitions et des réseaux pluridisciplinaires et plurisectoriels pour influencer les décideurs.

Au niveau des pays, il faut plaider pour des politiques et une législation propices à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles. On passera en revue la réglementation et la législation en vigueur pour déterminer si elles vont dans le sens de la prévention et des soins et dans quelle mesure elles contribuent à la réalisation des buts et des objectifs fixés. On envisagera de réformer les politiques et la législation quand il est scientifiquement prouvé qu'elles compromettent la prévention et les soins.

L'action de sensibilisation peut s'inspirer d'autres campagnes réussies comme les campagnes de vaccination, d'éradication de la poliomyélite et de lutte antitabac, ou celles menées dans le cadre des initiatives Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme.

4.2 Collaborer avec les médias

La santé publique fait maintenant partie de l'actualité et les médias accordent désormais beaucoup plus d'importance aux questions et aux dangers sanitaires. Les responsables de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles doivent intervenir auprès des médias pour les amener à traiter du sujet de façon plus positive. Les exemples de réussite sont des atouts majeurs pour une bonne communication. Il faut développer des partenariats avec les principaux représentants des médias et faire valoir auprès d'eux les objectifs de la stratégie mondiale, et notamment :

- renforcer la capacité des journalistes à concevoir et faire passer des messages allant dans le sens voulu ;
- faire en sorte que la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et les soins soient mieux perçus par le public ;
- aider à mobiliser une volonté politique ;

– combattre la stigmatisation dans la société et les communautés ;

– diffuser des messages de prévention et sensibiliser aux conséquences dévastatrices des infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur.

4.3 Former des partenariats efficaces

Il faut adopter une approche qui englobe une multiplicité de partenaires et de secteurs, car la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ne peut aboutir sans une action commune. Il est donc crucial de former des alliances et des coalitions stratégiques entre les secteurs public et privé, les organismes d'aide multilatéraux et bilatéraux, les organisations du système des Nations Unies, l'industrie pharmaceutique, les médias, les organisations professionnelles et de la société civile, les établissements universitaires et autres. Par le regroupement d'éléments divers, par le travail en synergie et en évitant les répétitions inutiles, les partenariats peuvent donner une plus grande visibilité, plus d'élan et plus d'efficacité aux efforts entrepris dans les domaines de la prévention et des soins.

Les partenaires devront s'unir sur différents fronts, et notamment :

– lutter contre des infections sexuellement transmissibles déterminées et contre leurs complications, par exemple éliminer la syphilis congénitale, endiguer et éliminer le chancre mou ;

– élargir la gamme de technologies bien conçues pour la prévention et les soins tels que tests diagnostiques rapides, vaccins, méthodes locales féminines (microbicides compris) et en faciliter l'accès ;

– garantir l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et de grande qualité ainsi qu'à d'autres produits essentiels d'un prix abordable ;

– appliquer des interventions complémentaires comme la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis afin que les enfants ne soient pas contaminés à la naissance.

La collaboration entre Régions et, à l'échelon régional, l'assistance, les réseaux d'expérience et de compétences spécialisées et la création de « centres d'excellence », ou leur renforcement, sont autant de stratégies utiles pour soutenir les programmes nationaux.

4.4 Mobiliser des ressources financières

Pour appliquer la stratégie, il faut un mécanisme permettant de mobiliser des ressources supplémentaires. Les pays en développement ou peu nantis peuvent faire appel à différents bailleurs de fonds, par exemple au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, auquel ils pourront adresser des demandes de financement de stratégies de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Au niveau mondial, les organismes internationaux devraient étudier de plus près comment faciliter l'obtention de fonds destinés à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles auprès de donateurs de ce type. Les pays peuvent solliciter aussi les fondations qui s'intéressent à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles en général, ou à certaines populations ou interventions en particulier. Au niveau national, il faut, partout où les approches sectorielles sont des dispositifs de financement approuvés, mettre au point des stratégies de sensibilisation pour convaincre de consacrer suffisamment de ressources à la programmation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.