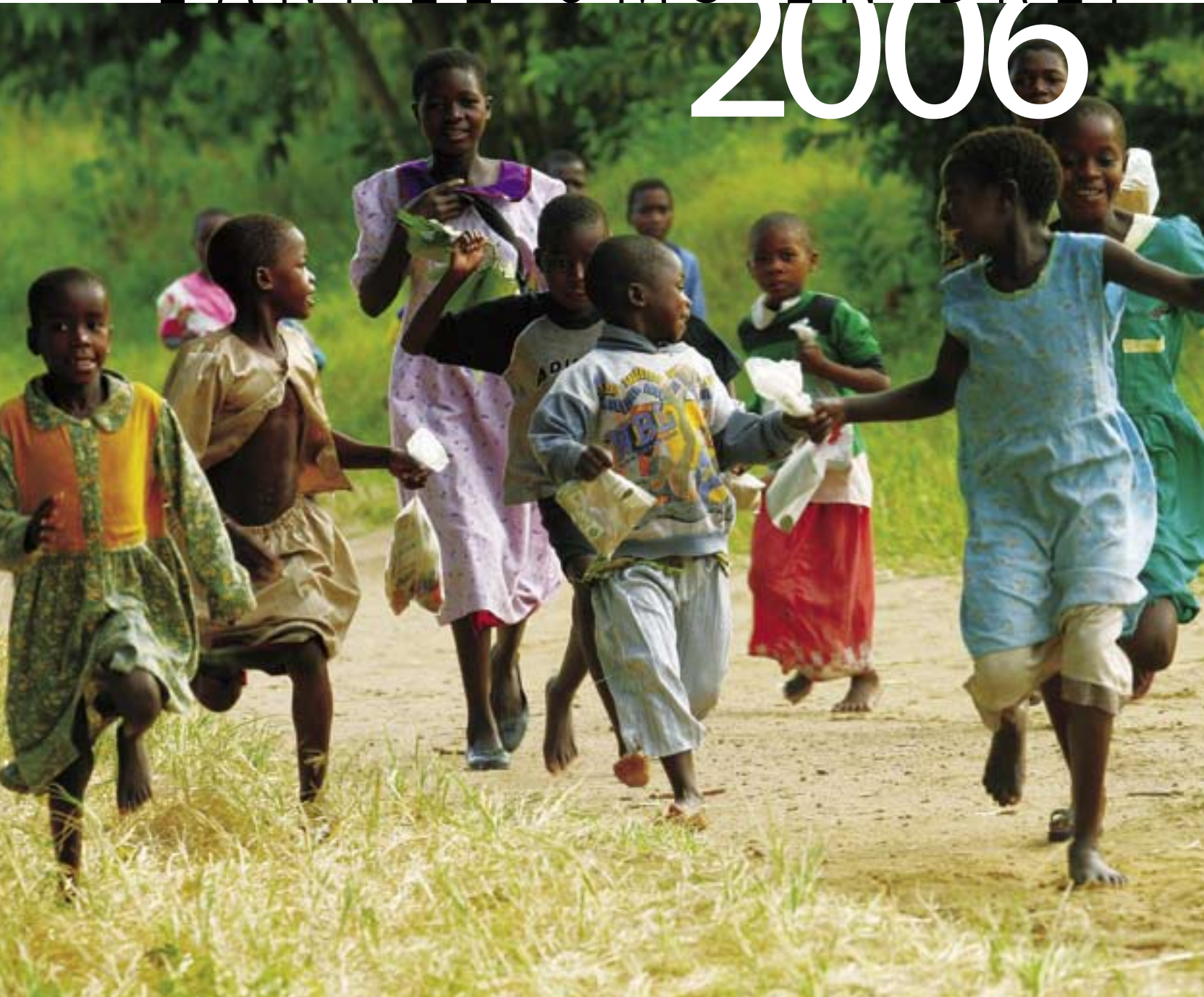




Organisation
mondiale de la Santé

L'ANNÉE OMS EN BREF 2006



SOMMAIRE

Avant-propos : Message du Directeur général	1
● Investir dans la santé pour réduire la pauvreté	2
● Préserver la sécurité sanitaire	10
● Les soins destinés aux groupes vulnérables	16
● Réduire les risques	24
● <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2006</i>	32
● 2006 – Une année de changement inattendu à l'OMS	34
● Dates marquantes	36
● Publications – Liens utiles	38

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALLIANCE GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
DDT	Dichloro-diphényl-trichloréthane utilisé dans la lutte antivectorielle contre le paludisme
DOTS	Stratégie de traitement recommandée par l'OMS pour dépister et guérir la tuberculose
IMPACT	Groupe de travail international sur la lutte contre les contrefaçons de produits médicaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
RED	Atteindre tous les districts
SAGE	Etude multipays de l'OMS sur le vieillissement mondial et la santé de l'adulte
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TTR	Traiter, former et recycler
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNITAID	Facilité internationale d'achat de médicaments et de produits diagnostiques pour la prise en charge du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

© Organisation mondiale de la Santé 2007. Tous droits réservés.

Toutes les photos autres que celles spécifiées ci-dessous sont créditées OMS (K. Asiedu – O. Asselin – C. Black – P. Formenty S. Hollyman – M. Kocic – P. Koopmans – C. McNab – J. Perugia – P. Wiggers – P. Williams)

p. 16: © AMRO/PAHO – p. 19: © JP Zellweger/World Lung Foundation – p. 21: © World Lung Foundation – p. 23: © G. Walker/World Lung Foundation – p. 25: © IRIN – p. 27: © J. Rae/The Global Fund – p. 28: © G. Walker/World Lung Foundation – p. 37 (red ribbon): © J. Spaul/Unaid

Cette année a été le témoin d'importantes réalisations et de quelques revers, de progrès réguliers et de surprises qui appellent une action immédiate. Le travail de nombreuses personnes a contribué à entretenir la dynamique en vue d'atteindre les objectifs liés à la santé définis dans la Déclaration du Millénaire. Ces objectifs visent à réduire la mortalité de la mère et de l'enfant ainsi que le nombre de décès provoqués par les principales maladies infectieuses : le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

Avec l'appui de nos nombreux partenaires, nous avons atteint des niveaux records de vaccination de l'enfant. En revanche, le nombre de décès pendant la grossesse et l'accouchement est resté malheureusement élevé.

En ce qui concerne le paludisme, l'année a commencé par la mise sur pied d'un nouveau programme énergique visant à obtenir rapidement de meilleurs résultats. Le suivi de l'épidémie mondiale de tuberculose a permis de constater des progrès réguliers, mais aussi un revers : l'émergence d'une forme de la maladie ultrarésistante aux médicaments qui entraîne une mortalité extrêmement élevée. On ne connaît pas encore très bien l'étendue de cette évolution inquiétante.

En ce qui concerne le VIH/sida, une étape a été franchie en Afrique subsaharienne, où le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral a dépassé le million pour la première fois. C'est dix fois plus qu'en décembre 2003. Mon prédécesseur, le Dr Jong-wook LEE, décédé subitement en mai, aurait été heureux de ce résultat. C'est en effet l'une des

nombreuses retombées de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » qu'il avait lancée avec un tel enthousiasme.

Une partie de nos activités au cours de l'année ont exigé une action très rapide : les interventions d'urgence en cas de flambée épidémique, de crise humanitaire ou de déversement de déchets chimiques toxiques. D'autres ont représenté le point culminant

d'années de recherche méticuleuse – ainsi, les nouvelles normes de croissance du nourrisson et du jeune enfant qui font de l'enfant nourri au sein la norme biologique. Nous avons également constaté le pouvoir des statistiques pour faire prendre conscience d'un problème, comme celui de la violence à l'encontre des enfants.

Certaines réalisations ont été d'ordre stratégique. Nous avons constaté avec satisfaction que les programmes visant à atteindre les enfants dans tous les districts ajoutaient des interventions de promotion de la santé et susceptibles de sauver des vies, augmentant ainsi l'efficacité opérationnelle et constituant un avantage pour la santé. Des stratégies agissant en synergie ont également été mises en place, qui permettent de répondre de manière intégrée aux besoins opérationnels semblables des maladies tropicales négligées.

Mais surtout, si nous faisons le bilan de l'année, nous constatons la grande diversité des défis à relever – qui vont de l'augmentation spectaculaire des maladies chroniques à la terrible menace de la grippe pandémique, en passant par la malnutrition persistante en Afrique et l'épidémie d'obésité de l'enfant en Europe.

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* a appelé l'attention sur la pénurie aiguë des personnels de santé qui compromet la fourniture de soins essentiels dans 57 pays. Ce problème, allié à la faiblesse des systèmes de prestation, notamment lorsqu'il s'agit d'atteindre les plus pauvres, constitue l'un des principaux obstacles aux progrès en matière de santé publique.

De nombreuses initiatives bénéficient d'interventions efficaces, d'un soutien financier solide et d'une volonté politique déterminée. Toutefois, l'impact sur les résultats sanitaires est affaibli par l'incapacité des services, qui manquent de personnel, à fournir ces interventions à ceux qui en ont le plus besoin.

Si nous voulons que l'amélioration de la santé soit effectivement un moyen de réduire la pauvreté, nous devons nous employer à parvenir jusqu'aux plus pauvres. Nous avons certes de quoi être fiers, la tâche qui nous attend est encore énorme.





La santé fait l'objet d'une attention sans précédent

Ces dernières années, la santé s'est vu accorder un rôle sans précédent en tant que moteur du progrès socio-économique. La pauvreté contribue à la mauvaise santé et les problèmes de santé maintiennent un grand nombre de gens dans la pauvreté. Une meilleure santé permet aux populations de sortir de leur condition et de dépenser leurs revenus à autre chose qu'à se soigner.

Les objectifs du Millénaire pour le développement, qui visent à s'attaquer à la racine aux multiples causes de la pauvreté, reconnaissent cette relation à double sens. Les objectifs liés à la santé tiennent compte de la réalité : dans tous les pays, la pauvreté se traduit par une mortalité élevée de la mère et de l'enfant et par une vulnérabilité accrue aux maladies infectieuses, notamment le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

L'intérêt accru suscité par la santé comme stratégie de réduction de la pauvreté a inspiré de nombreuses activités, qui ont également contribué à la dynamique créée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans les délais. On a privilégié un renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées, qui entraînent des handicaps à vie, en vue d'améliorer les chances d'au moins un milliard de personnes.

La détermination de la communauté internationale à atteindre les objectifs de développement s'est concrétisée par la création de deux nouveaux dispositifs financiers destinés à garantir des fonds importants pour l'achat de médicaments et de vaccins.



Réduction de la mortalité de l'enfant : de mieux en mieux

Chaque année, plus de 10 millions d'enfants meurent avant leur cinquième anniversaire, dont près de 4 millions pendant la période néonatale. Sur le chiffre total, on estime que 6,5 millions de décès pourraient être évités au moyen d'interventions rentables et qui ont fait leurs preuves. Pour n'en citer qu'un exemple, le tétanos néonatal, qui est pratiquement éliminé dans les pays riches depuis plus d'un siècle, tue encore près de 130 000 enfants par an dans les zones les plus pauvres du monde.

La vaccination est depuis longtemps reconnue comme l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et rentables. Le développement des services de vaccination systématique est l'intervention qui a donné le plus de résultats du point de vue de la réduction des décès d'enfants au cours de l'année. L'appui de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Alliance GAVI), qui verse des fonds en faveur de la santé et de la vaccination dans les pays les plus pauvres du monde, y a contribué. Les données de l'OMS pour 2006 montrent qu'avec l'aide de l'Alliance GAVI, les taux de couverture vaccinale ont atteint des niveaux records.

Au cours de l'année, l'Afrique subsaharienne, qui était en retard par rapport au reste du monde en matière de couverture vaccinale, a commencé à rattraper ce retard. Fin août, les pays africains, s'appuyant sur une augmentation de 15 % de la couverture vaccinale depuis 2000, ont lancé une ambitieuse stratégie régionale visant à développer immédiatement l'action. Le nouveau plan quadriennal pour l'Afrique fait appel à des stratégies d'efficacité avérée comme l'approche consistant à atteindre tous les districts (RED). Conçue dans le contexte de l'éradication de la poliomyélite, pour laquelle une couverture universelle est indispensable, cette approche opérationnelle a montré qu'elle permettait de desservir

les populations les plus difficiles à atteindre. La responsabilité de l'action incombe clairement aux dispensateurs et aux administrateurs de services de district, ce qui favorise une meilleure appropriation au niveau local.

Dans la plupart des régions du monde, les services de vaccination sont les mieux à même d'atteindre des populations isolées et mal desservies, or cet accès ciblé est au cœur des stratégies de lutte contre la pauvreté. Dans les populations pauvres, ces services sont souvent le premier – pour ne pas dire le seul – contact avec le système de santé des mères et des enfants. Au cours de l'année, une étude menée par l'OMS a révélé que la fourniture de toute une gamme d'interventions en faveur de la survie de l'enfant pouvait être rapidement élargie au moyen de l'approche RED comme stratégie de prestation intégrée des services. De plus en plus, l'effort nécessaire pour atteindre ces populations a également été mis à profit pour dispenser plusieurs interventions salvatrices et de promotion de la santé en dehors de la vaccination, faisant ainsi de l'une des interventions de santé publique les plus rentables un investissement d'autant plus intéressant.

Les campagnes de vaccination ont été l'occasion de distribuer des suppléments de vitamine A pour renforcer le système immunitaire, des comprimés antiparasitaires pour améliorer la croissance des enfants et leurs résultats scolaires, des moustiquaires pour protéger contre le paludisme et le vaccin antitétanique pour protéger les femmes enceintes. Au Nigéria, pays où le taux de vaccination de l'enfant est l'un des plus faibles, on estime que 29 millions d'enfants ont ainsi pu être vaccinés contre la rougeole et la poliomyélite, recevoir des suppléments de vitamine A et des moustiquaires dans le cadre de l'une des activités à vocation sanitaire les plus importantes de l'année.



Autre étape marquante en Chine, où des responsables de la santé ont annoncé la vaccination de plus de 11 millions d'enfants contre l'hépatite B, initiative qui avait débuté en 2002 avec l'appui de l'Alliance GAVI. Cela revient à dire qu'un tiers des nouveau-nés chinois sont ainsi protégés contre une infection grave dont on a toutes les raisons de croire qu'elle est liée plus tard à l'apparition d'un cancer du foie. Cette réalisation est d'autant plus admirable que l'opération visait les provinces les plus pauvres et les plus

reculées de l'ouest et du centre du pays. L'OMS et l'UNICEF ont fourni des conseils techniques, mais l'engagement politique des dirigeants chinois au plus haut niveau a été décisif. Comme en Afrique, la réussite de l'opération a permis de fixer des objectifs encore plus ambitieux. Comme l'a annoncé le Ministre chinois de la Santé en juillet, le prochain objectif des autorités sanitaires sera la protection de tous les nourrissons contre ce virus dès la naissance.

Mortalité maternelle : des statistiques toujours aussi mauvaises

Les efforts visant à réduire la mortalité maternelle n'ont pas rencontré le même succès. La mortalité maternelle reste pratiquement inchangée depuis 20 ans. Chaque année, on estime que 510 000 femmes meurent de complications de la grossesse et de l'accouchement, dont 99 % dans les pays en développement. L'Afrique subsaharienne, où surviennent plus de la moitié des décès maternels, supporte la plus lourde charge ; dans ces pays, une femme a cent fois plus de risques de mourir de complications de la grossesse que dans les pays industrialisés.

Face à cette absence de progrès, l'OMS a élaboré une nouvelle approche stratégique visant à garantir une prise en charge qualifiée de chaque accouchement. Elle s'attaque aux causes sous-jacentes de nombre de ces décès – des services insuffisants – et propose des moyens de relier de façon intégrée la prestation de services de santé maternelle aux services existants, tels que la vaccination, la prise en charge du VIH/sida et celle du paludisme. L'enjeu est de taille et il reste encore beaucoup à faire. Par exemple, jusqu'à 70 % des décès maternels seraient dus à des complications exigeant des soins obstétricaux ou d'urgence. Pour pouvoir enregistrer des progrès significatifs, il faudrait que beaucoup plus de femmes aient accès à ces services d'urgence.

Cette approche de la prise en charge de la grossesse consiste à réunir les programmes OMS chargés de la prise en charge intégrée des principales maladies de l'enfant, de l'adulte et de l'adolescent. Au cours de l'année, ces programmes ont progressé de manière non négligeable. Ces initiatives ont en commun des éléments importants, chacune intégrant les interventions sanitaires prioritaires ayant le plus d'impact sur la mortalité et la morbidité. Chacune intègre traitement et prévention. Et chacune a été conçue pour être efficace même dans des situations où les ressources sont limitées grâce à des approches novatrices de la prestation de services. L'objectif fondamental consiste à fournir des soins essentiels de qualité dans les zones sous-desservies – un pas de plus vers l'accès universel qui est au cœur des stratégies de réduction de la pauvreté.

Comme l'approche RED pour la vaccination, ces programmes intégrés qui visent à répondre aux besoins de santé prioritaires inculquent des compétences gestionnaires aux dispensateurs et aux administrateurs de services au niveau des districts. Ils font appel à une approche modulaire visant à dispenser des soins de qualité simplifiés mais normalisés, au moyen de listes types de médicaments de qualité vérifiée. Ils sont dotés par



ailleurs de mécanismes visant à transférer les tâches des médecins aux infirmières puis aux patients, qui assument alors la responsabilité individuelle des soins à domicile et de l'observance du traitement. Au cours de l'année, les résultats d'évaluations extérieures de cette approche, et notamment d'une étude multipays, ont été publiés. Ils confirment la rentabilité, la qualité des services, leur

proximité et la meilleure qualité des soins dispensés par le personnel formé. Une évaluation a poussé ces conclusions un peu plus loin : ces méthodes peuvent servir de point de départ pour renforcer la prestation de toute une série de services essentiels, constituant ainsi l'ossature même d'une approche de soins de santé primaires.

VIH/sida : une étape décisive franchie en Afrique

Comme par le passé, un rapport actualisé sur la situation du VIH/sida a été publié en décembre. Les statistiques montrent que 39,5 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida, dont près de 95 % dans les pays en développement. Sur les 4,3 millions de nouvelles infections enregistrées en 2006, 2,8 millions (65 %) l'ont été en Afrique subsaharienne, qui reste la région la plus gravement touchée. Dans certains pays d'Afrique, en effet, la maladie a ramené l'espérance de vie à la naissance à seulement 47 ans. Des tendances inquiétantes ont également été observées dans certaines parties d'Europe orientale et en Asie centrale, où les taux d'infection ont augmenté de plus de 50 % depuis 2004.

Dans les pays où l'épidémie est généralisée, la baisse de la prévalence du VIH chez les jeunes entre 2000 et 2005 a été attribuée à des programmes de prévention efficaces qui ont un impact positif sur les comportements sexuels. Dans d'autres pays, des investissements même limités se sont avérés très rentables lorsqu'ils visent des groupes cibles comme les professionnels du sexe et les toxicomanes par injection, dont le risque d'exposition au virus est considéré comme plus important.

La dynamique créée pour élargir l'accès au traitement par l'initiative OMS « 3 millions d'ici 2005 » a continué

à prendre de l'ampleur. La fourniture du traitement a sensiblement accru la demande de services de dépistage et de conseil, renforçant ainsi la prévention. Les résultats d'une évaluation extérieure publiée en juin ont confirmé l'utilité de l'approche de santé publique de l'OMS pour élargir l'accès au traitement. La prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte, qui met l'accent sur des outils simplifiés et normalisés, des soins de haute qualité et la responsabilité des patients, a été utilisée comme base de la prestation de services et a donné de bons résultats. Comme l'a indiqué l'évaluation, cette approche a montré que le traitement antirétroviral pouvait être dispensé même dans des milieux pauvres en ressources. L'approche a permis d'intégrer les services de prise en charge du VIH dans les services de soins primaires existants. Une autre conclusion est également applicable à de nombreuses activités de l'OMS : les programmes de développement les plus efficaces sont ceux qui délèguent des pouvoirs et des responsabilités aux communautés locales et aux responsables de district.

En ce qui concerne l'accès au traitement, une étape décisive a été franchie en Afrique subsaharienne, où le nombre de personnes placées sous antirétroviraux a dépassé le million pour la première fois, soit un décuplement de l'accès au traitement dans la région depuis



décembre 2003. Comme on l'observe dans de nombreux autres domaines de la santé, les faiblesses du système de santé ont été désignées comme le principal obstacle

à une généralisation des services de traitement, de soins et de prévention.

Tuberculose : un revers malgré des progrès réguliers

L'OMS a annoncé avoir accompli d'énormes progrès dans la réalisation des cibles mondiales de la lutte antituberculeuse. Selon les dernières estimations disponibles, quelque 8,8 millions de cas de tuberculose ont été enregistrés en 2005, dont environ 1,6 million de décès. Ces chiffres augurent bien de la tendance qui se dessine : après plus d'une décennie d'augmentation, l'incidence annuelle mondiale de la maladie semble s'être stabilisée dans certaines régions du monde et pourrait même avoir amorcé un déclin.

Les efforts de lutte sont payants, à en croire deux indicateurs importants : le pourcentage de cas dépistés et le taux de guérison des patients. Depuis 1995, le taux de dépistage des cas est passé de 11 % à 59 %. Comparé au taux estimé de 30 % en 2001, le pourcentage des cas dépistés a pratiquement doublé en cinq ans. Parallèlement à l'augmentation du nombre de nouveaux cas dépistés, le taux de succès thérapeutique est passé à 84 %. En Afrique subsaharienne, toutefois, l'incidence annuelle de la tuberculose reste extrêmement élevée, en grande partie en raison des effets du VIH/sida, qui alimente l'épidémie de tuberculose.

Malgré des progrès généralement encourageants, un revers important a été enregistré cette année : l'apparition de la tuberculose ultrarésistante, pour laquelle les résultats du traitement sont beaucoup plus mauvais que pour les formes multirésistantes de la maladie. Au cours de l'année, 20 pays, dont l'Afrique du Sud, ont signalé des

cas de tuberculose ultrarésistante associée à l'infection par le VIH. La mortalité notifiée était extrêmement élevée : 98 %. Bien que l'on ne sache pas encore bien quelle est l'importance du problème à l'échelle mondiale, la proportion de cas de tuberculose multirésistante se révélant des cas ultrarésistants est de 4 % aux Etats-Unis, de 15 % en République de Corée et de 19 % en Lettonie.

Au cours de l'année, le suivi de la situation a montré que la stratégie DOTS – stratégie de lutte standard de l'OMS – ne suffira pas à elle seule à atteindre la cible fixée pour la tuberculose en 2015 dans les objectifs du Millénaire pour le développement et les cibles fixées par le partenariat Halte à la tuberculose. C'est pourquoi l'OMS a lancé en mars une nouvelle stratégie visant à accélérer la lutte, qui a pour but de surmonter les six obstacles qui empêchent de mieux maîtriser la maladie et propose des solutions pour chaque problème. La mise en œuvre de la stratégie, qui s'appuie sur les succès remportés par le passé, entraînera un élargissement important de la portée et de l'échelle des activités de lutte.



Paludisme : l'OMS lance un nouveau programme énergique

En ce qui concerne le paludisme, on ne peut malheureusement pas faire état de progrès comparables. Cette maladie continue de provoquer selon les estimations 350 à 500 millions d'épisodes cliniques chaque année, dont au moins un million de décès. Près de 60 % de ces cas et plus de 80 % des décès surviennent en Afrique subsaharienne, qui héberge l'espèce de parasite la plus mortelle. En ce qui concerne le paludisme, l'association à double sens avec la pauvreté est particulièrement forte. Une étude menée dans un pays d'endémie a montré que le paludisme consommait près de 25 % du revenu des ménages. La pauvreté réduit aussi l'accès aux mesures de prévention et aux services susceptibles de sauver des vies.

Aucun pays n'a atteint les cibles africaines fixées pour 2005. La volonté politique a fait défaut, le soutien financier a été moins important que prévu et l'OMS a été critiquée pour un manque de direction technique forte. Cette absence de progrès a conduit l'OMS à créer, début janvier, un nouveau programme mondial de lutte antipaludique plus énergique. Les possibilités de lutte sont actuellement limitées: une seule catégorie de médicaments largement efficaces pour le traitement, les moustiquaires pour prévenir les piqûres de moustiques et les insecticides pour supprimer ou éloigner les moustiques. Le nouveau programme entend utiliser chacun de ces outils le plus stratégiquement possible tout en encourageant la recherche et le développement de meilleures interventions.

Comme pour la tuberculose, l'apparition rapide d'une résistance aux principaux médicaments est un obstacle majeur à la lutte antipaludique, surtout dans la mesure où les médicaments sont plus vite mis en échec qu'ils ne sont mis au point. Une résistance s'est maintenant déclarée à toutes les catégories de médicaments antipaludiques sauf

un: l'artémisinine et ses dérivés. Utilisée correctement en association avec d'autres antipaludiques, l'artémisinine est efficace à pratiquement 95 %. La raison en est simple: lorsque l'on administre simultanément deux médicaments aux modes d'action différents, ils attaquent chez le parasite des cibles différentes. En cas de mutation rendant le parasite résistant à l'un des médicaments, il est éliminé par le second.

Peu de temps après sa création, le nouveau programme a pris des mesures résolues pour préserver l'efficacité de cette dernière catégorie de médicaments efficaces. A la mi-janvier, l'OMS a non seulement recommandé l'utilisation exclusive des associations médicamenteuses, mais fait un pas de plus en demandant aux fabricants de retirer les monothérapies du marché. Pendant l'année, 19 laboratoires pharmaceutiques ont accepté. Les négociations se poursuivent avec les autres.

L'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable reste un outil décisif de prévention, mais la couverture doit être étendue de manière significative si l'on veut atteindre les objectifs convenus au niveau international. La mise au point récente de moustiquaires à imprégnation durable en a renforcé l'efficacité de façon spectaculaire. Contrairement aux anciennes moustiquaires, qui devaient être réimprégnées tous les six mois, celles-ci conservent leur efficacité jusqu'à cinq ans. Le gros effort nécessaire pour distribuer ces moustiquaires aux populations difficiles à atteindre est donc consenti pour des années et non plus pour quelques mois. Au cours de l'année, l'OMS a commencé à étudier systématiquement des méthodes de distribution des moustiquaires dans le cadre des programmes de vaccination systématique de l'enfant.



En septembre, le programme de lutte antipaludique a pris une autre mesure importante en recommandant un retour à l'utilisation du DDT pour des pulvérisations ciblées à l'intérieur des habitations, revenant ainsi sur 30 ans d'abandon progressif du DDT et d'autres insecticides pour la lutte antipaludique. L'OMS a cité des données scientifiques et programmatiques probantes à l'appui de cette réévaluation. La pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations peut permettre de réduire rapidement le nombre d'infections palustres. Sur les

12 insecticides approuvés par l'OMS comme pouvant être utilisés à l'intérieur des habitations, le DDT est le plus efficace. Ce produit chimique n'est nocif ni pour l'homme, ni pour la faune, ni pour l'environnement lorsqu'il est utilisé correctement et conformément aux recommandations de l'OMS. Cette position a été entérinée en décembre, lors d'un sommet mondial sur le paludisme, tenu à la Maison Blanche à Washington, où la stratégie OMS, y compris l'utilisation du DDT pour les pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations, a été pleinement approuvée.

Maladies tropicales négligées : une approche opérationnelle rationalisée

Les maladies tropicales négligées sont des maladies déjà anciennes que l'on n'observe plus dans les pays riches, mais qui continuent d'handicaper, d'affaiblir, de rendre aveugles, de défigurer et de tuer les populations pauvres des pays en développement. Ces maladies prospèrent dans les milieux défavorisés, où l'assainissement et le logement laissent à désirer et où les insectes vecteurs sont en permanence présents dans les habitations et dans les champs.

En octobre, l'OMS lançait une stratégie intégrée de lutte contre quatre de ces maladies : la cécité des rivières (onchocercose), l'éléphantiasis (filariose lymphatique), la schistosomiase et les géohelminthiases. La chimiothérapie préventive est au cœur de la nouvelle stratégie, mise en place avec l'appui de plus de 25 organisations partenaires. Ces quatre maladies peuvent être évitées grâce à des médicaments fournis par l'industrie, gratuitement ou à des prix considérablement réduits. Les médicaments sont si efficaces et si sûrs qu'ils peuvent être administrés préventivement à toutes les communautés exposées, ce qui évite d'avoir recours à un dépistage et un diagnostic coûteux. Des systèmes de distribution novateurs et peu coûteux ont été imaginés. La nouvelle approche simplifiée constitue une première étape décisive en associant des

schémas thérapeutiques contre des maladies qui, si elles sont médicalement diverses, peuvent bénéficier d'interventions présentant les mêmes exigences opérationnelles et de systèmes de distribution communs.

Pour d'autres maladies tropicales négligées, y compris la trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil), la leishmaniose, la maladie de Chagas et l'ulcère de Buruli, il faudrait pouvoir disposer rapidement d'interventions nouvelles ; il est en effet difficile de fixer de nouvelles cibles ambitieuses sans disposer d'outils diagnostiques nouveaux et de traitement améliorés. En février, l'OMS et la Foundation for Innovative Diagnostics, avec une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates, ont annoncé le début de travaux destinés à mettre au point et à évaluer de nouveaux tests diagnostiques pour la maladie du sommeil, qui est irrémédiablement mortelle si elle n'est pas décelée et traitée très tôt. Les tests existants sont laborieux et difficiles à effectuer dans les zones pauvres reculées où surviennent les cas. Un appui supplémentaire est arrivé en octobre de la part du fabricant du médicament, Sanofi-Aventis, qui annonçait un don de médicaments contre la maladie du sommeil et un appui financier direct pour la lutte contre cette maladie ainsi que la leishmaniose, la maladie de Chagas et l'ulcère de Buruli.



Deux nouveaux dispositifs de financement : un apport de fonds supplémentaire substantiel pour la santé

La dynamique mise en place pour atteindre les objectifs de développement convenus au niveau international a suscité la création de deux nouveaux mécanismes financiers pour garantir un financement prévisible et important à long terme. En février, le nouveau Dispositif international de financement des vaccinations, créé dans le cadre de l'Alliance GAVI, est devenu opérationnel. Comme l'on sait qu'une simple augmentation du budget d'aide des donateurs ne sera pas suffisante pour atteindre les objectifs internationaux de développement, ce nouveau fonds multinational a adapté un modèle de financement éprouvé emprunté au marché financier. Il se sert des promesses d'aide faites par les six pays européens dans le cadre d'engagements juridiquement contraignants pour mobiliser des fonds sur les marchés internationaux des capitaux. L'argent obtenu par la vente d'obligations aux investisseurs est immédiatement utilisable à l'appui des programmes de vaccination. Les priorités initiales de l'utilisation de ces fonds sont l'introduction de nouveaux vaccins dans les programmes de vaccination systématique et le renforcement des systèmes de santé.

En septembre a été lancé, au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York, l'UNITAID, Dispositif international de financement de l'achat de médicaments et de produits diagnostiques pour la prise en charge du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, à l'initiative des Présidents brésilien et français, rejoints plus tard par le Chili, la Norvège et le Royaume-Uni comme membres fondateurs.

L'UNITAID est un mécanisme novateur destiné à répondre aux besoins sanitaires au XXI^e siècle. La mondialisation crée en effet beaucoup de richesses, mais ne fixe pas de règles pour en garantir une répartition équitable.

L'UNITAID est un mécanisme conçu pour transférer la richesse des secteurs nantis pour améliorer la santé des populations pauvres. Une grande partie du financement provient de taxes nationales prélevées directement sur les billets d'avions, des taxes plus élevées étant prélevées sur les billets de classe affaires et de première classe.

L'UNITAID contribue à accroître l'efficacité du marché en créant une demande régulière de médicaments. Il crée également des économies d'échelle grâce à des achats groupés à long terme et utilise son pouvoir d'achat pour négocier de meilleurs prix. Avec le temps, l'UNITAID devrait permettre de réduire le prix des médicaments, de favoriser la diversification des produits génériques et d'encourager l'entrée sur le marché de nouveaux fabricants.



La sécurité sanitaire en temps de crise

Le fonctionnement normal des services de santé peut être gravement désorganisé en cas de conflit ou de catastrophe naturelle, d'épidémie de maladie infectieuse ou de flambée provoquée par un nouvel agent pathogène. Certains systèmes de santé ont des capacités de réaction suffisantes, qu'il s'agisse du personnel, des lits d'hôpitaux ou des fournitures pour une intervention à grande échelle en situation d'urgence. Dans les pays en développement, la gestion d'une flambée explosive peut amener un système de santé fragile au bord de l'effondrement.

Les conditions de mobilité et d'interdépendance étroites qui sont celles du XXI^e siècle font de la vulnérabilité aux flambées épidémiques et à leurs conséquences une caractéristique universelle. Une vulnérabilité partagée implique une responsabilité partagée et crée la nécessité de défenses

collectives. L'OMS dispose de solides mécanismes d'alerte et d'action en cas d'épidémie au niveau mondial et ces mécanismes ont été pleinement opérationnels toute l'année.

En cas de conflit et de catastrophe naturelle, la désorganisation des services de santé peut être encore compliquée par des dommages aux infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement ou l'interruption de la fourniture de médicaments et de matériel. En outre, le risque d'épidémie augmente énormément lorsqu'un grand nombre de personnes est rassemblé dans des abris temporaires. La plupart des catastrophes naturelles et des conflits de longue durée exigent une assistance de la communauté internationale, l'OMS assumant le rôle de chef de file dans le secteur de la santé.



Flambées et épidémies

Au cours de l'année, des équipes de l'OMS ont vérifié 197 flambées de maladies, dont 43 % avaient pour origine l'Afrique subsaharienne. Les maladies les plus souvent en cause ont été le choléra et d'autres infections assorties d'un syndrome de diarrhée aqueuse aiguë, les maladies respiratoires aiguës, la méningite épidémique et les fièvres hémorragiques virales. Les médias ont été la principale source d'alerte précoce, avec 52 % des notifications initiales ; ce chiffre témoigne de l'efficacité du système de collecte de renseignements électronique utilisé par l'OMS. Le délai moyen entre la réception d'une information et la vérification de l'événement est de deux jours, et de moins de 24 heures s'il s'agit d'un événement important.

Le choléra est un exemple frappant de la tendance des maladies épidémiques à se propager dès que les conditions s'y prêtent. Des flambées se sont produites dans de nombreux pays d'Afrique, en particulier lorsque les infrastructures de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement laissaient à désirer, et ont été aggravées par des tableaux de précipitations inhabituels. La flambée la plus spectaculaire est survenue en Angola au milieu de l'année, faisant 47 000 cas et plus de 1900 décès. Au Kenya, les inondations ont été à l'origine d'une importante flambée de fièvre de la Vallée de Rift qui a débuté en décembre – la première chez l'homme depuis six ans.

La menace que fait peser la grippe pandémique depuis trois ans est le principal sujet d'inquiétude pour la communauté internationale. Cette menace, liée à l'infection humaine et aviaire par le virus H5N1 haute-

ment pathogène, a évolué de façon inquiétante. Chez les oiseaux, l'année a commencé par la propagation la plus explosive et la plus étendue d'un virus grippal aviaire jamais enregistrée. Près de 36 pays d'Afrique, d'Asie et d'Europe ont signalé leurs premiers cas d'infection chez des volailles ou des oiseaux sauvages, ou les deux à la fois. Les données ont montré que les oiseaux migrateurs d'eau étaient responsables d'une partie au moins de cette propagation, ce qui compliquait considérablement les efforts de lutte. Une transmission dite « relais » a été mise en évidence, en vertu de laquelle le virus se propage des oiseaux domestiques aux oiseaux sauvages et inversement à nouveau.

Lors d'une consultation organisée par l'OMS en septembre, les experts internationaux ont résumé ainsi la situation : la gravité de la situation actuelle, y compris le risque d'émergence d'un virus pandémique, n'est pas susceptible de diminuer dans un proche avenir.

Dans le courant de l'année, les chercheurs ont constaté que le virus H5N1 avait désormais évolué en plusieurs groupes génétiquement distincts. Des virus de tous ces groupes circulent actuellement dans différentes zones géographiques. Cette divergence complique considérablement la mise au point d'un vaccin. Des essais initiaux ont montré que les vaccins expérimentaux protégeant contre un groupe de virus ne conféraient pas de protection satisfaisante contre les virus des autres groupes.



Bien que les cas humains restent rares, le virus n'a en rien perdu de sa virulence. Au cours de l'année, 116 cas humains, dont 80 mortels, ont été dénombrés dans 9 pays, soit un taux de létalité de 69 %. Certains cas de transmission interhumaine ont été signalés. Dans tous ces cas, le virus avait eu de nombreuses occasions de se propager dans l'ensemble de la population ou d'affecter des agents de santé non protégés, mais cela ne s'est pas produit. Les chaînes de transmission interhumaine sont courtes, mais la plupart se limitent aux proches en contact étroit avec un membre de la famille infecté.

Tout au long de l'année, le niveau d'alerte pandémique mis en place par l'OMS en janvier 2004 est resté en Phase III : un virus grippal nouveau provoque des cas sporadiques chez l'homme, mais il est mal adapté à l'homme et touche encore principalement les oiseaux domestiques.

En mai, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution appelant à l'application volontaire immédiate des dispositions du Règlement sanitaire international révisé s'appliquant à la grippe aviaire et à la menace de pandémie. Cette résolution exprimait à la fois la profonde préoccupation de la communauté internationale et était une marque de confiance dans le Règlement révisé et considérablement renforcé, qui devrait accroître la sécurité sanitaire mondiale. En fait, avec le Règlement révisé, qui entre en vigueur en juin 2007, nous allons passer de mesures de contrôle passives aux frontières, dans les aéroports et dans les ports à une stratégie active de gestion des risques visant à stopper une flambée épidémique à sa source, avant qu'elle n'ait la possibilité de constituer une menace internationale.

Soudan : continuité des services au Darfour

En ce qui concerne l'appui apporté pendant les crises humanitaires, la situation qui se détériore au Soudan, et plus particulièrement dans la région du Darfour, a continué de nécessiter une action massive et soutenue de l'OMS. Les activités ont visé à empêcher qu'une crise humanitaire déjà grave ne fasse encore plus de victimes mortelles en fournissant des soins de santé essentiels. Le personnel du bureau de l'OMS dans le pays et des sous-bureaux du Soudan est parvenu à réaliser des progrès importants malgré une situation opérationnelle rendue précaire par le conflit militaire, et notamment des attaques à l'encontre des travailleurs humanitaires et le déplacement forcé de près de 3,5 millions de personnes, selon les estimations.

En ce qui concerne l'infrastructure sanitaire de base, des hôpitaux ont été remis en état, des laboratoires de

santé publique améliorés et les centres de soins de santé primaires soutenus grâce à des programmes de contrôle de la qualité. En ce qui concerne l'appui à la prestation de services, l'OMS a continué à acheter des médicaments et des fournitures essentiels. Les programmes de vaccination de l'enfant ont été soutenus, les approvisionnements en eau protégés, et des moustiquaires à imprégnation durable ont été distribuées pour lutter contre le paludisme.

La prévention des flambées de maladie à tendance épidémique, dont le choléra, la méningite et l'hépatite, a continué à constituer une urgence et une priorité pour l'OMS. Le système d'alerte précoce efficace, étendant la surveillance systématique à plus de 2 millions de personnes, a bien fonctionné pour protéger contre des flambées potentiellement explosives dans des camps où s'entassaient des centaines de milliers de personnes.

Des flambées majeures de choléra ont été enregistrées au cours de l'année, mais, grâce à des soins satisfaisants et aux fournitures médicales achetées par l'OMS, le taux de létalité est resté faible.

En collaboration avec le Ministère soudanais de la Santé, des bulletins de morbidité et de mortalité ont été publiés chaque semaine. Afin de garantir une réaction rapide en cas d'épidémie, des fournitures essentielles ont été prépositionnées dans des zones stratégiques. Chaque cas suspecté d'une maladie épidémique est désormais immédiatement signalé et fait l'objet d'une enquête approfondie.

Bien qu'avec la reprise des combats au cours de l'été on ait craint un arrêt de l'aide internationale, l'OMS a continué à travailler afin d'éviter qu'une situation déjà tragique entraîne encore davantage de décès évitables dus aux maladies.



Liban : vaccins, médicaments et eau potable

Au Liban, le conflit démarré en juillet a endommagé les infrastructures sanitaires et désorganisé les services dans le sud du pays, nécessitant une aide internationale. Jusqu'à 900 000 personnes ont fui leur maison. On estime que 25 % des services de santé n'étaient plus en mesure de fonctionner convenablement en raison des dégâts subis, du manque de personnel ou du manque de carburant pour alimenter les générateurs en l'absence de courant électrique.

Les équipes ont procédé à des évaluations rapides pour répertorier les besoins prioritaires. L'OMS a fourni des médicaments pour assurer que les soins aux patients traités pour des maladies chroniques ne soient pas interrompus. Des campagnes de vaccination ont été organisées pour protéger contre des maladies comme la rougeole et la méningite, qui peuvent flamber lorsque les services habituels sont perturbés. Avec d'autres organismes des Nations Unies, l'OMS a également répondu à l'urgence en fournissant des approvisionnements en eau potable. Les opérations d'urgence humanitaire se sont poursuivies jusqu'à fin octobre.



Conflit et instabilité : une menace pour les efforts d'éradication des maladies

Les conflits et l'instabilité à l'intérieur d'un pays ont souvent des répercussions sur la réalisation des objectifs internationaux en matière de santé. En 2006, par exemple, le Soudan a compté le nombre le plus important au monde de cas de dracunculose, maladie pourtant proche de l'éradication mondiale. La plupart des experts conviennent que l'éradication de la maladie due au ver de Guinée ne sera pas possible tant que la paix ne sera pas instaurée au Soudan.

Dans d'autres cas, les initiatives mondiales de lutte contre les maladies ont réalisé des progrès malgré les troubles civils. Les efforts en vue de l'éradication de la poliomyélite ont encore progressé – malgré quelques revers – au cours de l'année. La maladie a maintenant été reléguée à un petit nombre de zones réservoirs dans quatre pays : l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan. L'importation de cas à partir de ces zones vers des pays précédemment exempts de poliomyélite continue d'être une cause de préoccupation au niveau international.

D'autres évolutions ont été encourageantes. L'une des trois souches de poliovirus sauvage a été éradiquée. De meilleurs vaccins monovalents sont maintenant disponibles pour une vaccination ciblée. Des systèmes ultrasensibles sont maintenant mis en place pour qu'aucun cas n'échappe à la surveillance. Des stratégies ont été adaptées pour répondre aux problèmes et aux capacités de chacune des zones d'endémie restantes. En Inde, par exemple, le fait d'avoir réussi à améliorer l'immunité de la population a fait de la poliomyélite une maladie qui ne touche plus que les très jeunes enfants, et ce groupe est désormais la cible des campagnes de vaccination. Au Nigéria, la distribution de moustiquaires avec le vaccin antipoliomyélique a permis d'attirer les



populations locales, qui ont ainsi davantage fait vacciner leurs enfants.

En Afghanistan et au Pakistan, les problèmes qui subsistent sont concentrés dans la zone frontalière, où la sécurité continue de laisser grandement à désirer et où les mouvements de population sont importants. Pour traiter ces zones de transmission communes, les Ministères de la Santé des deux pays ont convenu de renforcer la collaboration en matière d'éradication de la poliomyélite. Au cours de l'année, les postes de vaccination ont été multipliés aux postes-frontières. Des efforts ont également été faits pour négocier des périodes de tranquillité dans les zones où règne l'insécurité pour permettre l'accès des agents de vaccination.





Les soins à l'ordre du jour de la communauté internationale

Une politique d'équité doit répondre aux besoins sanitaires des populations rendues vulnérables en raison de facteurs sociaux et économiques qu'elles ne maîtrisent pas. Les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé portent sur certaines affections directement associées à la pauvreté et qui se traduisent par des taux élevés de morbidité et de mortalité.

Les populations dont la santé est compromise par des facteurs économiques ou sociaux sont confrontées à beaucoup d'autres problèmes qui leur rendent

la vie difficile, mais qui n'apparaissent pas dans les statistiques. Le problème est encore compliqué du fait que ces groupes vivent généralement dans des zones rurales reculées ou des bidonvilles et n'ont que peu de moyens d'expression politique – en raison de leur âge (jeunes ou personnes âgées), de leur appartenance sexuelle ou ethnique, ou de leur niveau d'instruction. Le fait que leurs problèmes de santé soient mal connus contribue aussi à ce qu'ils ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritent dans l'action sanitaire nationale et internationale.



Les fistules obstétricales : une complication négligée de la grossesse qui fait cependant des ravages

Au cours de l'année, les efforts déployés en permanence pour veiller à ce que chaque femme ait accès à un agent de santé qualifié pour accoucher se sont attaqués à un problème courant mais négligé depuis longtemps : celui des fistules obstétricales. Il s'agit d'une complication évitable et traitable de l'accouchement que l'on observe rarement dans les pays riches. Ailleurs, principalement dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne et d'Asie, au moins 2 millions de femmes en sont actuellement affligées. Ces chiffres seraient par ailleurs sous-estimés : il est difficile de réunir des statistiques fiables étant donné que ce problème de santé est en grande partie caché. Directement associées à la pauvreté, les fistules obstétricales touchent le plus souvent des femmes pauvres, jeunes et souvent analphabètes ou des jeunes filles vivant dans des zones reculées.

Les fistules obstétricales sont souvent dissimulées pour une autre raison. Le problème survient lorsqu'un travail dystocique entraîne une ouverture anormale entre le vagin et la vessie ou le rectum, qui entraîne des fuites continues d'urine ou de matières fécales. A la douleur et à la honte provoquées par cette absence de maîtrise sur les fonctions corporelles, au manque d'hygiène et à l'odeur s'ajoutent la stigmatisation et un risque accru d'infections à répétition. Les plus touchées sont généralement des jeunes filles tombées enceintes alors que leur bassin n'était pas pleinement développé, ce qui augmente les risques de dystocie.

Pendant l'année, l'OMS a publié le premier manuel complet de prévention et de traitement des fistules obstétricales, qui contient des recommandations sur la prise en charge clinique et les techniques de chirurgie

réparatrice. Comme indiqué dans le manuel, une opération simple peut généralement résoudre le problème, permettant à près de 90 % des femmes touchées de reprendre une vie active et normale, et de donner naissance à d'autres enfants. Le manuel suit une approche programmatique, préconisant résolument l'intégration de la prévention et du traitement de cette affection dans le cadre des programmes nationaux de prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Et cela pour une raison très simple : les facteurs responsables des fistules obstétricales sont les mêmes que les causes de morbidité et de mortalité maternelles et de nombreux décès de nouveau-nés. Comme pour les autres complications de l'accouchement, la mesure préventive la plus importante consiste à améliorer l'accès à des soins obstétricaux d'urgence.

En septembre, Liya Kebede, mannequin devenue ambassadrice itinérante de l'OMS pour la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant, s'est rendue en Ethiopie, son pays natal, pour y présenter le manuel sur les fistules obstétricales. L'événement, auquel ont participé à la fois des médecins et des chefs d'Etat, a permis de sensibiliser à ce problème et d'encourager l'action. En guise d'introduction, Mlle Kebede a déclaré qu'il était urgent de prévenir ce problème en améliorant l'accès aux services compétents. Elle a insisté aussi sur l'importance de la réinsertion sociale et de la réadaptation des quelque deux millions de femmes touchées.



Une première mondiale : la violence contre les enfants retient enfin l'attention

Les enfants sont également un groupe à protéger des multiples menaces qui pèsent sur leur santé. Au cours de l'année, on s'est intéressé davantage à une menace particulièrement préoccupante : celle de la violence dont ils sont les victimes. En novembre, le premier *Rapport mondial sur la violence* contre les enfants a été publié à Genève avec le soutien technique de l'OMS, de l'UNICEF et du Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. L'étude sur laquelle repose le rapport avait été commandée par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et elle dresse un tableau mondial complet de la violence contre les enfants dans cinq cadres : le foyer et la famille, les institutions, l'école, le lieu de travail et la communauté.

Le rapport émet des recommandations pour prévenir cette violence grâce à l'amélioration de la législation, des politiques et des programmes et envisage la nécessité de dispenser des services aux enfants victimes de violence.



L'étude montre également l'ampleur et les conséquences des divers types de violence à l'encontre des enfants. Certaines constatations sont particulièrement éloquentes. Les enfants des pays à revenu faible ou moyen ont au moins deux fois plus de risques de mourir par homicide que les enfants des pays à revenu élevé. Parmi les enfants âgés de moins de 18 ans, 150 millions de filles et 73 millions de garçons subissent des rapports sexuels forcés ou d'autres formes de violence sexuelle. L'impact sur la durée de la vie des abus sexuels à enfant explique environ 6 % des cas de dépression, 6 % des cas d'abus d'alcool ou de drogue ou de dépendance à l'égard de ceux-ci, 8 % des tentatives de suicide, 10 % des troubles paniques et 27 % des troubles dus au stress post-traumatique.

Mutilations sexuelles féminines : nouveaux effets préjudiciables mis en évidence

Les pratiques culturelles traditionnelles peuvent aussi rendre l'accouchement plus difficile. En juin, l'OMS a publié les résultats d'une étude collective menée dans six pays d'Afrique sur les effets obstétricaux des mutilations sexuelles féminines. L'étude, portant sur plus de 28 000 femmes, était la plus importante jamais effectuée. Ces conclusions sont sans appel. Elle a montré en effet que, chez les femmes ayant subi de telles mutilations, l'accouchement est généralement compliqué et risque davantage d'entraîner une césarienne, une hémorragie post-partum, une hospitalisation plus longue, la réanimation du nouveau-né, une fausse couche ou un décès néonatal précoce.

L'étude ajoute donc, preuves à l'appui, les effets obstétricaux et périnataux préjudiciables à la liste existante des effets dangereux immédiats et à long terme de cette pratique. Les auteurs ont conclu que les mutilations sexuelles féminines, qui touchent aux droits humains, restent une question à traiter d'urgence. Des données fiables telles que celles-ci concernant les effets préjudiciables sur la procréation devraient favoriser l'abandon de cette pratique conformément aux recommandations très fermes publiées par l'OMS.



Accès aux services de santé sexuelle et génésique : une baisse inquiétante

Parmi les stratégies visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles figure l'accès à des soins de santé sexuelle et génésique. Les statistiques publiées au cours de l'année montrent que l'accès à ces services reste médiocre. Les conséquences en sont particulièrement graves pour les jeunes. Chez les adolescents sexuellement actifs, les problèmes vont de la grossesse précoce à l'avortement non médicalisé en passant par les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH), et la violence et les rapports sexuels forcés.

Selon ces statistiques, on compte chaque année plus de 100 millions d'infections sexuellement transmissibles guérissables. Près de 40 % des 4,3 millions de nouvelles infections par le VIH comptabilisées selon les estimations en 2006 touchaient des jeunes de 15 à 24 ans. Dans les pays en développement, les rapports sexuels non protégés sont le deuxième facteur de risque de morbidité et de mortalité.

Ingestion de pesticides : un mode majeur de suicide

La violence auto-infligée est également un problème majeur de santé publique. L'OMS estime que près de 900 000 personnes se suicident chaque année dans le monde. En avril, certains rapports ont appelé l'attention sur le lien entre suicide et pesticides – un problème important et cependant caché, en particulier dans les zones rurales des pays en développement. Les pays d'Asie sont les plus gravement touchés. Dans les enquêtes menées depuis dix ans, l'ingestion de pesticides était la cause de 60 à 90 % des suicides en Chine, en Malaisie, à Sri Lanka et à Trinité-et-Tobago. L'OMS reçoit également des rapports attestant d'un nombre croissant de suicides dus à l'ingestion de pesticides dans les pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. Ces nouvelles estimations font à l'évidence de l'ingestion de pesticides la méthode la plus répandue de suicide dans le monde.

Les estimations ouvrent également de nouvelles perspectives de prévention du suicide à grande échelle. Le fait de réglementer l'accès aux pesticides est un moyen de prévention, un meilleur traitement en est un

autre. Par exemple, pour 1000 patients auto-intoxiqués admis dans les hôpitaux européens, moins de 5 meurent alors que, dans les hôpitaux ruraux d'Asie, on compte 100 à 200 décès.

Pour faire face à ce problème, trois Départements de l'OMS – Santé mentale et abus de substances psychoactives, Prévention des traumatismes et de la violence et Promotion de la sécurité chimique – ont collaboré à l'élaboration d'un plan d'action publié en septembre pour prévenir les décès volontaires et involontaires dus à l'intoxication par des pesticides.



Vieillir en restant actif

Chaque mois, un million de personnes dans le monde atteignent l'âge de 60 ans, dont 80 % dans les pays en développement. Bien que le vieillissement de la population touche toutes les parties du monde, l'OMS se préoccupe surtout de son impact dans les pays en développement, où les systèmes de santé et de soutien social excluent parfois les personnes âgées ou ne répondent pas à leurs besoins. En outre, les difficultés subies tout au long de l'existence et un moindre accès aux ressources, alliés à l'isolement dans la vieillesse, font des personnes âgées des pays en développement un groupe généralement vulnérable et plus exposé aux problèmes de santé et à la diminution de son bien-être.

Au cours de l'année, l'OMS a poursuivi toute une série d'activités visant à aider les populations à rester actives et indépendantes en vieillissant. L'une des initiatives les plus prometteuses à cet égard est un nouveau projet visant à rendre les villes plus accueillantes pour les personnes âgées. L'initiative encourage les autorités municipales et les urbanistes à dispenser des services et à adapter les infrastructures de façon à rendre la vie plus facile et plus agréable aux personnes âgées. Les projets mis en place dans les différentes villes le sont en consultation avec les habitants plus âgés : on leur demande ce qu'ils souhaiteraient, ce dont ils ont besoin et ce qui leur fait défaut dans leur vie quotidienne.

Les changements ainsi apportés vont de logements ou de moyens de transport plus accueillants à un meilleur éclairage des rues pour encourager les personnes à se déplacer à pied, en passant par des feux de circulation qui laissent davantage de temps aux piétons pour traverser. Les villes sont également encouragées à mettre en place des activités de loisirs, à créer des possibilités d'activités bénévoles ou lucratives et à développer l'accès

à des actes médicaux d'un bon rapport coût/efficacité, comme la chirurgie de la cataracte ou la prothèse de hanche, qui aident à maintenir l'activité. En permettant aux personnes âgées de vieillir en restant actives, les autorités municipales aident à prolonger la mobilité et à préserver l'autonomie, réduisant ainsi une partie de la charge pour les systèmes de santé et de soutien social et les moyens à leur consacrer.

L'initiative est prometteuse du point de vue de la prise en charge du nombre croissant de personnes âgées dans le monde. Elle va également dans le sens de l'urbanisation rapide, qui perturbe souvent les réseaux familiaux traditionnels de soutien social et isole les personnes âgées. A la fin de l'année, plus de 30 villes – de Londres à Tokyo en passant par Nairobi et New Delhi – participaient à l'initiative.

La dynamique et les répercussions du vieillissement de la population ont été bien étudiées dans les pays riches, mais sont encore mal connues dans les pays à revenu faible ou moyen. L'année a vu également l'inauguration d'une grande étude multipays de l'OMS sur le vieillissement et la santé de l'adulte dans le monde – baptisée l'étude SAGE. Cette étude rigoureuse, qui repose sur une méthodologie et des outils d'enquête normalisés, porte sur les modalités et la dynamique des changements liés à l'âge en matière de santé et de bien-être ainsi que sur les conséquences socio-économiques de ces changements. Elle se concentre sur six pays à revenu faible ou moyen, dont la Chine et l'Inde. L'étude, commencée dans un premier site sur le terrain en juin, a pour but de recueillir des données fiables, valables et comparables pour d'autres populations âgées et de servir de base de connaissances pour étudier les tableaux de morbidité et les facteurs de risque associés et suivre les effets des interventions.



La santé en Afrique subsaharienne : une région vulnérable sur de multiples fronts

Pour des raisons historiques, géographiques, climatiques ou écologiques, les pays d'Afrique subsaharienne sont ceux qui supportent la plus lourde charge de morbidité et de problèmes de santé, y compris la sous-alimentation chronique. La sécheresse, alliée à la mauvaise qualité des sols, compromet la sécurité des approvisionnements alimentaires. La région supporte plus que sa part de conflits et de catastrophes naturelles. Ces pays sont les plus gravement touchés par le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et par les maladies tropicales négligées, et connaissent des taux élevés de mortalité de la mère, du nourrisson ou de l'enfant.

Dans le cas du paludisme, la région héberge la forme la plus mortelle du parasite et l'espèce de moustique qui transmet la maladie le plus efficacement. Ce que l'on appelle la « ceinture de la méningite » est également située sur ce continent et est le théâtre d'épidémies mortelles qui resurgissent régulièrement. L'Afrique héberge par ailleurs des réservoirs encore non identifiés de virus des fièvres hémorragiques Ebola et Marburg et est exposée à des flambées urbaines explosives de fièvre jaune.

En novembre, l'OMS a publié le premier *Rapport régional sur la santé en Afrique*, qui est à la fois un inventaire des problèmes de santé et un inventaire des mesures à prendre pour y apporter une réponse adéquate. Au nombre de ses conclusions, le rapport constate que les maladies infectieuses continuent de faire peser la plus lourde charge sur la santé et sur l'économie et que les systèmes de santé sont pratiquement tous très faibles. Beaucoup de maladies qui frappent l'Afrique sont directement liées à la pauvreté et persisteront tant que la pauvreté subsistera. La pénurie de personnels de santé qualifiés est un problème critique : ni les antirétroviraux contre le sida ni la stratégie DOTS

contre la tuberculose ne peuvent dans ces conditions être administrés à l'échelle voulue.

La faiblesse actuelle des systèmes de santé a été dénoncée comme le principal problème qui compromet le développement sanitaire dans ces pays. Des investissements accrus en matière de santé n'auront que peu d'effets en l'absence d'infrastructures de base et de données factuelles sur lesquelles fonder les décisions politiques et en fonction desquelles fixer les priorités et choisir les interventions. Les systèmes parallèles de prise en charge de diverses maladies infectieuses sont aussi un problème dans certains pays, qui montre la nécessité d'une prestation intégrée des services.

Toutefois, si le rapport prend acte des problèmes existants, il met également en lumière les progrès accomplis dans la région. Ainsi, sur les 42 pays d'endémie palustre qu'elle compte, 33 ont opté pour des politiques de traitement améliorées en adoptant les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, l'antipaludéen le plus efficace à l'heure actuelle. La cécité des rivières est éliminée comme problème de santé publique et les efforts de lutte contre le ver de Guinée ont permis de réduire de 97 % le nombre de cas depuis 1986. La lèpre devrait être éliminée prochainement et les décès par rougeole ont baissé de plus de 75 % depuis 1999.



L'enregistrement normalisé des essais cliniques : protéger les participants tout en rendant la recherche clinique plus efficace

Les essais cliniques, qui permettent de tester des interventions, de nouveaux médicaments, par exemple, sur des patients ou des volontaires en bonne santé, sont indispensables pour continuer d'améliorer les soins cliniques. Des questions toutefois ont été soulevées quant au recrutement des participants (généralement dans les pays en développement), l'enregistrement de ces essais et les résultats qui devraient être dévoilés au public. Des centaines d'essais cliniques sont enregistrés de par le monde, mais ils ne sont pas coordonnés et leur exécution n'est pas régie par des principes scientifiques et éthiques communs. Par exemple, certaines entreprises peuvent hésiter à dévoiler les résultats d'essais défavorables, qui risquent de ne jamais être rendus publics.

L'OMS a commencé à s'intéresser à ces problèmes en 2004, dans un premier temps recueillant les avis d'associations de patients, de médecins, de chercheurs, de l'industrie pharmaceutique et des rédacteurs de revues médicales et scientifiques. Les résultats de cette vaste consultation ont été annoncés en mai : toutes les parties se sont mises d'accord au niveau international sur un ensemble de données normalisées en 20 points à utiliser pour l'enregistrement des essais cliniques partout dans le monde. Deux principes scientifiques et éthiques fondamentaux inspirent cet ensemble de données, connu sous le nom de Système d'enregistrement international des essais cliniques.

En premier lieu, le Système prévoit l'enregistrement de tous les essais d'intervention, y compris les premiers essais non contrôlés chez des patients et des volontaires en bonne santé qui ne seront pas forcément poursuivis. Deuxièmement, et tout aussi important, le Système exige la divulgation publique complète de données d'enregist-

rement concernant les 20 points – avant le recrutement des premiers participants.

Le Système d'enregistrement a été salué comme une application de la politique OMS de transparence complète s'agissant des essais cliniques. Outre le fait que la politique permettra au public de constater que les sujets ne sont pas utilisés comme cobayes, elle permettra de réduire les doubles emplois en matière de recherche et, en obligeant l'enregistrement des résultats négatifs, d'orienter la planification des nouveaux essais, ce qui devrait accroître l'efficacité globale de la recherche clinique.





Les normes et critères internationaux publiés par l'OMS sous-tendent tout un éventail de fonctions de santé publique visant à protéger la santé des populations au quotidien. Les programmes OMS actualisent continuellement les normes de sécurité applicables aux produits chimiques industriels, aux polluants présents dans l'air et dans l'eau, aux additifs et aux contaminants présents dans les aliments, et à la qualité et à l'efficacité des produits médicaux.

C'est de ces normes que s'inspirent les mesures de protection nationales, y compris la législation visant à protéger l'ensemble de la population. Elles facilitent également les échanges internationaux. Malheureusement, la législation sanitaire et les réglementations sont insuffisantes dans de grandes parties du monde en développement, où

Protéger les populations

l'industrialisation et l'urbanisation rapides sont parfois accompagnées de niveaux dangereusement élevés de pollution et où les médicaments contrefaits inondent souvent le marché.

La protection de la santé de la population passe également par des mesures visant à prévenir les maladies chroniques, dont beaucoup sont liées aux modes de vie, et à réglementer la commercialisation et l'étiquetage des produits de consommation, et surtout la vente des produits du tabac. A cet égard, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac offre un excellent exemple de texte élaboré en collaboration, les pays ayant convenu d'un cadre juridique commun pour protéger l'ensemble des populations d'un produit mortel.



Les dangers liés aux déchets toxiques

L'incident mettant en cause des produits chimiques industriels le plus frappant de l'année est survenu en Côte d'Ivoire. Pendant la nuit du 19 août, un navire déchargeait près de 500 tonnes de déchets chimiques liquides, qui étaient ensuite déversés dans des décharges à ciel ouvert dans la ville commerçante d'Abidjan. Aucune précaution sanitaire ou environnementale n'était prise. Au bout de quelques jours, les habitants ont commencé à se plaindre de symptômes respiratoires, de saignements de nez, d'éruptions, de nausées, de diarrhée et de céphalées liés aux émanations toxiques émanant de ces déchets.

Une équipe de l'OMS a prêté son concours pour l'intervention d'urgence, qui a consisté à apporter des fournitures pour les soins immédiats aux patients, à prendre des mesures pour prévenir toute exposition nouvelle et à accélérer le retrait des déchets. L'incident a

soulevé de nombreuses questions au sujet du commerce international des déchets toxiques et de la nécessité urgente d'empêcher les pays en développement d'être utilisés comme décharges. L'incident illustre également les conséquences extrêmes d'une élimination inconsidérée des déchets toxiques : des douzaines d'hospitalisations, plus de 85 000 consultations médicales et la démission de l'ensemble du Gouvernement. Le système de santé déjà fragile de ce pays a été paralysé.

Pollution de l'air des villes : menace accrue, protection plus stricte

Au cours de l'année, l'OMS a révisé ses directives applicables à la qualité de l'air des villes, en se concentrant sur les quatre polluants atmosphériques les plus courants : les matières particulaires, l'ozone, le dioxyde d'azote et le dioxyde de soufre. Les directives, qui précisent les niveaux considérés comme sans danger pour la santé humaine, ont été révisées en tenant compte des données accumulées liant la pollution atmosphérique à divers effets préjudiciables pour la santé. Une analyse critique des données réunies a conduit à abaisser de façon spectaculaire les niveaux recommandés concernant les matières particulaires, l'ozone et le dioxyde de soufre par rapport aux recommandations antérieures de l'OMS.

En réduisant les niveaux acceptables des principaux polluants atmosphériques, l'OMS vise à doter les gouvernements d'un outil et d'un moyen de mesure fiable pour protéger la santé des habitants des villes. Selon les évaluations de l'OMS, on estime que 2 millions de décès prématurés peuvent être attribués chaque année aux effets de la pollution de l'air des villes (pollution atmosphérique et pollution à l'intérieur des locaux). Plus de la moitié de cette charge de morbidité est supportée par les populations des pays en développement.



Eau non potable et assainissement : un problème aigu dans les zones urbaines

L'eau de boisson impropre à la consommation et l'assainissement médiocre entraînent un grand nombre de maladies transmises par des virus et des bactéries – de l'hépatite A à la fièvre typhoïde en passant par le choléra épidémique. La diarrhée, symptôme le plus courant entraîné par la consommation d'eau contaminée, provoque, selon les estimations, 4,5 milliards d'épisodes morbides chaque année, dont environ 1,8 million sont mortels et touchent en grande partie les nourrissons et les jeunes enfants des pays en développement. Un grand nombre de maladies parasitaires sont également transmises par l'eau, ce qui entraîne une charge de morbidité importante.

En septembre, un rapport conjoint OMS/UNICEF a mis en garde contre le risque de ne pas atteindre la cible fixée par les objectifs du Millénaire pour le développement concernant l'accès à l'eau potable et à l'assainissement d'ici 2015. Pour atteindre cette cible, il faudra accélérer considérablement les activités et accroître les investissements. Le problème est devenu particulièrement aigu dans les zones urbaines, où la croissance démographique dépasse largement la fourniture de services d'assainissement de base. En Afrique subsaharienne, par exemple, près de 37 % de la population vit dans les villes, dont 72 % en habitat précaire. Les statistiques énoncées dans le rapport montrent que, dans le monde, plus de 1,1 milliard d'habitants des villes n'ont pas accès à l'eau potable et 2,6 milliards à un assainissement de base.

Maladies chroniques : en augmentation, elles entraînent des dépenses élevées

Les maladies chroniques – cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, diabète et asthme, notamment – sont un obstacle important au développement, souvent sous-estimé. Alors que les conséquences de ces maladies sont ressenties partout dans le monde, la charge est la plus lourde dans les pays à revenu faible ou moyen, où elles frappent les gens généralement plus tôt, où les systèmes de santé sont mal équipés pour répondre à la demande de soins chroniques, et où les dépenses des ménages peuvent prendre des proportions catastrophiques. Les conséquences pour les économies nationales sont également importantes. Dans les pays qui connaissent une croissance économique rapide, par exemple, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète freineraient à eux seuls la croissance économique de 1 à 5 % par an.

Les maladies chroniques sont responsables de 35 millions des 58 millions de décès que l'on estime être survenus en 2005. En dehors de cette mortalité élevée, elles sont responsables d'incapacités, handicapant souvent une personne pendant des décennies. Compte tenu des souffrances prolongées et des dépenses récurrentes qu'elles entraînent, l'OMS accorde une priorité élevée à la prévention. Heureusement, les principales maladies chroniques ont en commun un petit nombre de facteurs de risque : une alimentation déséquilibrée, la sédentarité, le tabagisme et une consommation excessive d'alcool. Une intervention visant l'un de ces facteurs permet ainsi de réduire le risque de plusieurs maladies. De la même façon, les soins de longue durée dont ont besoin les malades créent une demande commune de services. L'OMS préconise donc une approche intégrée de la prévention et de la prise en charge de ces maladies.



En novembre, une conférence ministérielle de haut niveau s'est tenue à Istanbul (Turquie) afin de rechercher les moyens de combattre l'épidémie d'obésité que l'on observe désormais dans toute l'Europe comme dans la plupart des autres régions du monde. Pour manifester leur préoccupation, des ministres, des ministres adjoints et des secrétaires d'Etat représentant 48 pays ont participé à ces travaux. L'inquiétude est née des nouvelles données recueillies : depuis 20 ans, la prévalence de l'obésité en Europe a pratiquement triplé. La moitié de la population européenne et un enfant sur cinq sont en surpoids. De plus, l'OMS estime que le coût de la prise en charge des problèmes associés à l'obésité revient à environ 6 % des dépenses totales du secteur de la santé.

La réunion d'Istanbul a adopté une Charte européenne de lutte contre l'obésité. Prenant note des causes sociales, économiques et environnementales très larges de l'épidémie, la Charte appelle à une approche préventive fondée sur la population, accordant une plus grande attention à la collaboration avec l'industrie alimentaire et à des mesures de réglementation visant à réduire la promotion d'aliments et de boissons très caloriques, notamment auprès des enfants. La nécessité d'encourager l'exercice physique a également été abordée. Pour soutenir l'action politique de haut niveau, le Bureau régional OMS de l'Europe a publié de nouveaux guides sur les stratégies pratiques visant à accroître l'exercice physique, en particulier dans les villes, et les moyens de traiter les facteurs sous-jacents qui influent sur les habitudes alimentaires et l'activité physique chez l'adolescent.

Les efforts visant à réduire la charge de morbidité due au cancer, en particulier dans les pays en développement, ont été relancés en décembre avec l'homologation d'un nouveau vaccin protégeant contre le papillomavirus humain. Le nouveau vaccin empêche une infection responsable de près de 70 % des cancers du col de l'utérus.

Ce cancer est le deuxième en fréquence chez la femme ; près de 90 % des 500 000 nouveaux cas enregistrés, selon les estimations, en 2005 l'ont été dans les pays en développement.

Les données de l'OMS montrent que des programmes de dépistage et de traitement précoce bien organisés sont efficaces pour prévenir la forme la plus courante de cancer du col de l'utérus, mais qu'ils sont chers et difficiles à mettre en œuvre dans les contextes où les ressources manquent. Si le nouveau vaccin promet de sauver des vies, son impact dépendra de son prix dans les pays en développement et de l'existence dans ces pays de systèmes de distribution adéquats.



Le tabac : mortel sous toutes ses formes

L'addiction au tabac est une épidémie mondiale qui frappe de plus en plus les pays les moins à même de supporter la charge d'incapacité, de morbidité et de mortalité qu'il provoque. La consommation de tabac reste la seconde cause de mortalité dans le monde, étant actuellement responsable d'environ un décès d'adulte sur dix – soit près de 5 millions de décès chaque année. Sur le nombre total de fumeurs dans le monde, 900 millions – 84 % – vivent dans des pays à revenu faible ou moyen.

Une tendance inquiétante se fait jour, car les dangers liés aux produits du tabac sont maintenant camouflés sous des noms à consonance sanitaire ou masqués par des arômes fruités ou des emballages plus attractifs. Pour sensibiliser à ce phénomène, le slogan de la Journée mondiale de la Santé 2006 a été : « Le tabac : mortel sous toutes ses formes ». L'OMS s'emploie, avec les pays et les gouvernements, à contrer cette tendance par une réglementation stricte et l'apposition d'avertissements sur les emballages.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, traité international destiné à réduire la mortalité et la morbidité liées au tabac, est désormais ratifiée par plus de 125 pays devenus Parties contractantes à la Convention. La Convention, entrée en vigueur début 2005, est l'un des traités les plus largement ratifiés de l'histoire des Nations Unies.

En février, la première Conférence des Parties s'est réunie pour établir un secrétariat permanent à l'OMS, convenir d'un budget et créer des groupes de travail chargés d'entamer l'élaboration de protocoles juridiquement contraignants, d'abord dans les domaines de la publicité transfrontières et du commerce illicite. De plus, des recommandations non contraignantes ont été élaborées pour

aider les pays à mettre en place des espaces non-fumeurs et rechercher des moyens efficaces de réglementer les produits du tabac.

En août, la lutte mondiale antitabac a bénéficié d'un appui de taille lorsque Michael Bloomberg, maire de New York, a annoncé une contribution de US\$ 125 millions de sa fondation pour soutenir la nouvelle initiative Worldwide Stop Smoking, qui met tout particulièrement l'accent sur les pays en développement. Le montant total des ressources privées et publiques en provenance de donateurs consacrées à la lutte antitabac dans les pays en développement, où vivent la plupart des fumeurs, a ainsi été pratiquement doublé.



Médicaments contrefaits

L'une des principales raisons des écarts en matière de résultats sanitaires est le manque d'accès à des médicaments essentiels de qualité vérifiée. L'OMS s'est dotée depuis longtemps de programmes destinés à traiter ces problèmes et a établi notamment des listes modèles de médicaments essentiels. Ces dernières années, toutefois, le problème s'est encore compliqué par l'augmentation du nombre de médicaments contrefaits ou ne répondant pas aux normes, qui parfois inondent le marché de produits inutiles, voire toxiques.

Selon l'OMS, les médicaments les plus souvent contrefaits sont les antibiotiques, les antipaludéens, les hormones et les stéroïdes. De plus en plus, des médicaments anticancéreux et antiviraux, y compris ceux utilisés pour traiter l'infection à VIH/sida, sont également falsifiés.

L'OMS estime que, dans les pays en développement, de 10 à 30 % des médicaments mis en vente, souvent sur des marchés ouverts, sont des contrefaçons. Dans les pays à économie en transition, on estime à plus de 20 % de la valeur du marché la proportion de médicaments contrefaits. Les médicaments achetés sur Internet sur des sites qui dissimulent leur véritable adresse sont contrefaits dans plus de 50 % des cas.

Les contrefaçons de médicaments se retrouvent partout dans le monde, mais l'Afrique subsaharienne est particulièrement touchée. Dans cette région du monde, la faiblesse des systèmes de santé, l'absence de moyens de laboratoire pour vérifier l'authenticité et la qualité des médicaments, et la vitalité des marchés où les médicaments sont vendus sans ordonnance sont des facteurs qui contribuent à créer un marché idéal pour les médicaments falsifiés et ne répondant pas aux normes. Ainsi, une étude récente menée par l'OMS

dans certains pays d'Afrique a constaté que 50 à 90 % des médicaments antipaludiques ne passaient pas avec succès les tests de contrôle de qualité.

Face à ce problème croissant, l'OMS a officiellement lancé en novembre le groupe de travail international de lutte contre les contrefaçons de produits médicaux (IMPACT). Cette nouvelle initiative, mise sur pied au cours des réunions précédentes pendant l'année, vise à mettre un terme au commerce illégal des médicaments, vaccins et autres produits médicaux contrefaits. L'initiative IMPACT agit à travers un réseau coordonné à l'intérieur des pays et entre eux, associant organisations internationales, organismes répressifs, fabricants de produits pharmaceutiques, organisations non gouvernementales et autorités de réglementation pharmaceutique.

L'approche est double : encourager le grand public, les distributeurs, les pharmaciens et le personnel hospitalier à signaler les produits suspects aux autorités, et aider les gouvernements à mieux utiliser leurs services de police et les autorités douanières. L'initiative IMPACT encourage également les fabricants à rendre leurs produits plus difficiles à falsifier. On s'efforce également d'identifier les médicaments sur leur emballage au moyen d'un code unique qui assure une traçabilité au moyen de techniques couramment disponibles, ce qui permettrait de vérifier l'authenticité du produit en tout point de la chaîne de distribution.



Nouvel étalon universel pour mesurer la croissance de l'enfant

Au mois d'avril, l'OMS a publié de nouvelles normes largement révisées pour mesurer la croissance du nourrisson et du jeune enfant et déceler tout problème à cet égard. Ces nouvelles normes reposent sur une hypothèse désormais largement vérifiée, selon laquelle tous les nouveaux nés et jeunes enfants ont un potentiel de croissance analogue et grandiront de la même façon si leurs besoins essentiels sur le plan nutritionnel et des soins sont satisfaits. Les nouvelles normes se distinguent radicalement des normes passées du point de vue de leur exactitude, de leur universalité et de leur polyvalence d'emploi à des fins familiales, cliniques, de recherche ou de santé publique. Elles décèlent par ailleurs beaucoup mieux les problèmes comme les retards de croissance staturale-pondérale et l'émaciation chez les enfants sous-alimentés ou l'obésité de l'enfant.

Des courbes et diagrammes de croissance sont largement utilisés depuis le début des années 70 comme outils simples pour suivre la croissance des nourrissons et des jeunes enfants, et déceler tout écart par rapport à la normale. Des mesures simples, telles que la taille et le poids pour l'âge, le poids pour une taille donnée, sont un moyen utile pour les parents et les médecins d'évaluer la croissance normale. Ces dernières années, les faiblesses de ces références sont devenues évidentes, car on a commencé à se demander comment définir une croissance « normale ». Les références utilisées toutes ces années reposaient sur des observations de la façon dont les nourrissons et jeunes enfants nourris au biberon grandissaient dans un seul pays riche. Par ailleurs, à mesure que les données attestant des énormes avantages de l'allaitement maternel se sont accumulées, le recours aux nourrissons nourris au biberon comme la norme a été considéré comme inadapté, voire trompeur.

Les nouvelles normes de croissance apportent une solution à ces problèmes. Elles ont été élaborées à l'issue d'une étude à long terme conçue avec rigueur et entamée en 1997, portant sur des enfants d'un large éventail de lieux géographiques, de cultures et d'origine ethnique différents. L'étude visait délibérément à établir une norme idéale en sélectionnant des enfants en bonne santé, vivant dans des conditions susceptibles de favoriser la réalisation de leur plein potentiel génétique de croissance. Tous avaient été élevés dans un environnement réduisant au maximum les obstacles connus à la croissance, y compris une mauvaise alimentation ou les infections. En outre, les mères avaient suivi des pratiques de promotion de la santé, telles que l'allaitement maternel, et ne fumaient pas.

Il en est résulté un ensemble de nouvelles courbes de croissance qui établissent un étalon universel unique pour une croissance saine des enfants dans toutes les régions du monde. Les écarts par rapport à la norme sont donc le signal fiable d'un problème dans l'alimentation ou dans les soins, qu'il s'agisse d'un enfant pris individuellement, d'une communauté ou d'une grande zone géographique. Contrairement à ce qui se faisait par le passé, les nouvelles normes font de l'allaitement au sein la « norme » biologique et établissent le nourrisson nourri au sein comme le modèle de croissance de référence. Les normes comprennent également de nouveaux indicateurs de croissance – en dehors de la taille et du poids – particulièrement utiles pour suivre l'épidémie croissante d'obésité de l'enfant.

¿Estamos creciendo bien?
Правильно ли мы растем
и развиваемся?

Are we growing right?

هل نتمو نمواً سليماً؟

Est-ce qu'on grandit bien?

我们是否在健康成长?



Est-ce qu'on grandit bien?
Are we growing right?

هل نتمو نمواً سليماً؟

我们是否在健康成长?

Правильно ли мы растем и развиваемся?

¿Estamos creciendo bien?





Une pénurie aiguë de personnels de santé

Le Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé a appelé l'attention sur la crise sanitaire provoquée par une tendance qui s'accroît : les personnels de santé quittent les régions les plus pauvres pour les plus riches et quittent souvent les pays qui ont investi dans leur formation pour aller travailler à l'étranger.

Selon les dernières statistiques, une grave pénurie d'agents de santé dans 57 pays – dont 36 en Afrique subsaharienne – compromet la fourniture d'inter-

ventions essentielles capables de sauver des vies. Le Rapport définit également 12 mesures à prendre d'urgence.

Suite à la publication de ce Rapport, l'OMS a mis sur pied au mois de mai un nouveau partenariat, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, qui a pour but de donner suite aux recommandations du Rapport en recherchant et en appliquant d'urgence des solutions à la crise.



Les services de santé dont la fourniture est ainsi compromise sont la vaccination de l'enfant, les soins pendant la grossesse et l'accouchement, et l'accès au traitement pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. L'Afrique subsaharienne est la région confrontée à la crise la plus grave. Cette région où vivent 11 % de la population mondiale et qui supporte 24 % de la charge mondiale de morbidité ne dispose cependant que de 3 % des personnels de santé.

Les facteurs qui contribuent à la pénurie d'agents de santé sont la croissance de la population mondiale alors que la formation du personnel de santé stagne, l'augmentation des maladies chroniques, et le vieillissement de la population qui accroît les besoins en soins de longue durée. La mondialisation du marché du travail facilite les migrations, qui se font souvent en deux temps : des zones rurales vers les villes, puis vers l'étranger.

Les systèmes de santé de nombreux pays industrialisés sont largement tributaires de médecins et d'infirmières formés à l'étranger. Les pays anglophones sont ceux qui recrutent la plus grande part de leur personnel de santé à l'étranger. Au Canada, aux Etats-Unis d'Amérique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, un quart ou plus des médecins viennent d'autres pays.

Dans les 57 pays les plus touchés, plus de 4 millions de médecins, d'infirmières, de sages-femmes et d'autres agents de santé supplémentaires seraient nécessaires d'urgence pour maintenir les services essentiels. Les données citées montrent qu'il existe une relation évidente entre une augmentation du nombre d'agents de santé par habitant et l'augmentation des chances de survie des nourrissons, des enfants et des mères.

Les mesures recommandées dans le Rapport vont de l'investissement direct dans la formation et le soutien à

la délégation des tâches courantes à des agents moins qualifiés, en passant par la réduction des incitations à une préretraite et à des changements dans la formation et des incitations professionnelles pour encourager les personnels à rester dans les zones rurales.

En août, l'OMS a annoncé un nouveau plan pour lutter contre la pénurie de personnels pour la prévention et le traitement du VIH/sida. Cette pénurie est particulièrement aiguë en Afrique subsaharienne, où les taux de morbidité et de mortalité sont les plus élevés, amenuisant les effectifs des personnels de santé et les démoralisant, et faisant des professions de santé un choix de carrière indésirable pour les jeunes. Le nouveau plan, baptisé « Traiter, former, fidéliser », s'appuie sur un volume croissant de données attestant des méthodes qui fonctionnent le mieux pour améliorer la performance des personnels de santé.

La composante « traiter » consiste à faire en sorte que les personnels de santé bénéficient d'un accès prioritaire aux services de prévention, de traitement et de soins, y compris au dépistage et au conseil, qu'ils soient protégés de la transmission sur le lieu de travail et qu'ils aient accès aux antirétroviraux pour eux-mêmes et leur famille. La composante « former » propose aux autorités nationales un ensemble de stratégies destinées à accroître le nombre de nouveaux agents de santé et à améliorer l'efficacité des personnels en place. La composante « fidéliser » s'appuie sur un ensemble d'interventions destinées à faire en sorte que les pays soient capables de retenir les personnels qu'ils forment. Ces interventions consistent, par exemple, à améliorer la qualité du milieu de travail, à garantir la sécurité de l'emploi ou encore à offrir des incitations financières et autres.



Hommage au Dr LEE Jong-wook

Le Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé depuis 2003, qui a été le moteur de l'action de l'OMS en vue d'élargir le traitement du sida aux pays en développement, est décédé à Genève le lundi 22 mai à l'âge de 61 ans, à l'issue d'une opération destinée à retirer un hématome sous-dural.

Le Dr Lee a servi l'Organisation pendant 23 ans. Avant d'occuper le poste de Directeur général en 2003, dans le sillage de l'épidémie de SRAS et alors que commençaient à apparaître les premiers signes de la grippe aviaire, il a joué un rôle déterminant dans l'élimination de la poliomyélite dans la Région du Pacifique occidental et l'organisation de la lutte contre la tuberculose. Peu après sa prise de fonctions, il était confronté à la crise de la grippe aviaire. Il a alors veillé à ce que les flambées soient maîtrisées et que les volailles touchées soient abattues. Il a organisé le stockage par l'OMS de 3 millions de traitements au moyen du Tamiflu offert par Roche, et prévenu qu'en cas de pandémie il était peu probable que l'on dispose de suffisamment de vaccins, de médicaments, de personnels de santé et de lits d'hôpitaux pour faire face. Mais, en même temps, il a su rassurer les gens en affirmant que personne n'avait jamais contracté la maladie en mangeant de la volaille mal cuite.

Le Dr Lee restera dans les mémoires pour avoir lancé l'ambitieuse campagne « 3 millions d'ici 2005 » pour donner accès au traitement à la moitié au moins des 6,5 millions de personnes vivant avec le sida avant fin 2005. Bien que le but n'ait pas été atteint, l'initiative a constitué le premier effort international sérieux pour faire bénéficier les pays d'Afrique des médicaments contre le sida. Quelques jours avant sa mort, le Dr Lee déclarait à son personnel qu'il n'existait pas de « seuil de tolérance » dans la lutte contre le VIH. L'une des retombées essentielles du programme « 3 millions d'ici 2005 » était selon lui « l'engagement en faveur de l'accès universel d'ici fin 2010 ».

Son décès a été annoncé lors de l'ouverture officielle de l'Assemblée mondiale de la Santé par le Dr Elena Salgado, Ministre espagnole de la Santé. Elle a décrit le Dr Lee comme « une personnalité exceptionnelle et un Directeur général exceptionnel ». L'Assemblée de la Santé a ensuite observé deux minutes de silence. Les délégués à l'Assemblée de la Santé ont signé les livres de condoléances, ajoutant leurs témoignages aux centaines d'hommages et de messages reçus de tous les coins du monde. Le Dr Lee a été le premier ressortissant de la République de Corée à diriger un organisme des Nations Unies.

« Lee Jong-wook était un homme de conviction et de passion. Il a ardemment défendu le droit de chaque homme, de chaque femme et de chaque enfant à la prévention et aux soins et défendu la cause des plus pauvres. Il s'est attelé avec énergie aux problèmes les plus difficiles sans renoncer aux principes les plus élevés. Il nous manquera à tous mais l'histoire gardera la mémoire des nombreuses contributions apportées par Lee Jong-wook à la santé publique. »

Kofi Annan, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies

« Le décès du Dr Lee représente une perte tragique pour la communauté internationale de la santé, qui continuera néanmoins à être guidée par son idéal. Son engagement en faveur d'un monde plus équitable et en meilleure santé est la contribution qu'il nous lègue. »

Bill et Melinda Gates, Fondation Gates

« Je voudrais avant tout faire part de mon admiration pour les efforts inlassables déployés par le Dr Lee au service de l'humanité et pour sa contribution exceptionnelle aux idéaux des Nations Unies. »

Jacques Chirac, Président de la République française

« Mon père aimait son travail et ses collègues et tous ceux qu'il souhaitait aider à 100 %, tout en aimant également sa famille à 100 %. C'est ainsi qu'il a pu accomplir toutes les choses qu'il a accomplies au cours de sa carrière, en se consacrant aux autres tout en soutenant l'action de ma mère au Pérou et en se montrant un père, un époux, un frère et un oncle extraordinaire et aimant. En tant que médecin, déjà, il se donnait à ses patients à 100 % et s'est totalement investi dans son travail à l'OMS. Il avait beaucoup à offrir et il a beaucoup donné à tous. »

Tadhiro Lee, fils de Lee Jong-wook

« Le Dr Lee s'est employé inlassablement à améliorer la santé de millions de personnes en combattant la tuberculose et le VIH/sida ou encore en menant un combat énergique pour éradiquer la poliomyélite. »

George W. Bush, Président des Etats-Unis d'Amérique

Accueil chaleureux réservé au Dr Margaret Chan

Le 9 novembre, lors d'une session extraordinaire d'une journée de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Dr Margaret Chan a été nommée Directeur général de l'OMS. Le Dr Chan a déclaré à l'Assemblée de la Santé qu'elle se concentrerait sur six domaines clés : le développement et la sécurité, les capacités et les connaissances, les partenariats et la performance. « Toutes les régions, tous les pays et tous les peuples sont aussi importants les uns que les autres. Cette organisation doit servir la santé du monde entier. Notre action doit avoir un effet sur la vie de tous partout, mais nous devons nous préoccuper en particulier des plus démunis », a-t-elle déclaré.

Dans son discours de remerciement, le Dr Chan a déclaré : « ce qui compte le plus pour moi, ce sont les gens. Je songe à deux groupes en particulier. Je veux qu'on nous juge d'après l'effet de notre action sur la santé des Africains et la santé des femmes. Les améliorations apportées à la santé des Africains et à la santé des femmes sont des indicateurs fondamentaux de l'efficacité de l'OMS. »

Le Dr Chan a obtenu son doctorat en médecine à l'Université de Western Ontario au Canada et est également titulaire d'un diplôme de santé publique de l'Université

nationale de Singapour. Elle est entrée au Département de la Santé de Hong Kong en 1978 et a été nommée Directeur de la Santé en 1994. A ce poste, elle s'est fait connaître par sa gestion avisée de la grippe aviaire en 1997 et pour son action face à la flambée de SRAS en 2003. Avant d'être nommée Directeur général de l'OMS, elle était Sous-Directeur général pour les maladies transmissibles et Représentant du Directeur général pour la grippe pandémique.

Le Directeur général par intérim, Anders Nordström, a accueilli le Dr Chan et lui a réaffirmé son soutien ainsi que celui de tous les Etats Membres. « Vous savez que vous pouvez compter sur notre engagement, notre énergie et notre enthousiasme à tous », a-t-il déclaré. Le Dr Nordström est resté Directeur général par intérim jusqu'à la prise de fonctions du Dr Chan le 4 janvier 2007. En reconnaissance de cette responsabilité, l'Assemblée de la Santé a adopté une résolution le félicitant d'avoir assuré la poursuite de l'action sanitaire mondiale de l'OMS après le décès soudain du Dr Lee.

Dates marquantes

EB 117
JANUARY 2006

Janvier

Quarantième
anniversaire du
bâtiment du Siège

Ouverture du Conseil
exécutif
23 janvier



Février

Journée mondiale
du cancer
3 février



Mars

Journée mondiale
de la tuberculose

L'évolution de la lutte
antituberculeuse est
positive : 26 pays et
zones ont atteint les
cibles avant l'heure
24 mars



Avril

Journée mondiale de
la Santé et lancement
du *Rapport sur la santé
dans le monde, 2006*
– *Travailler ensemble
pour la santé*, étude
complète sur les
personnels de santé
dans le monde
indiquant une grave
pénurie d'agents
de santé, qui
compromet
l'aptitude de
nombreux pays à
améliorer la santé
7 avril

Journée africaine
du paludisme
25 avril



Mai

Assemblée mondiale
de la Santé
22 mai

La mort du Dr Lee
met en émoi
l'Assemblée mondiale
de la Santé à son
ouverture : les
hommages affluent
du monde entier. Le
Dr Anders Nordström
est nommé Directeur
général par intérim
22 mai

Visite du Prince
Charles à l'Assemblée
mondiale de la Santé
23 mai

Journée mondiale
sans tabac
31 mai

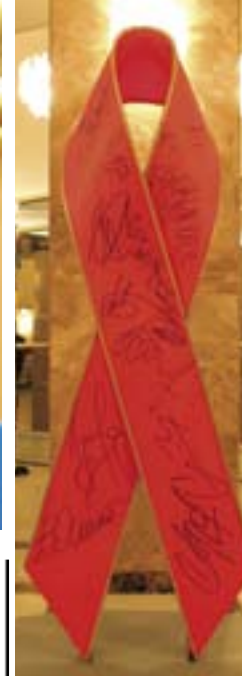
Jorge Sampaio,
ancien Président du
Portugal, est nommé
Envoyé spécial pour
la tuberculose



Juin

Journée mondiale
du don de sang
14 juin

Visite du Secrétaire
général de l'ONU
au Siège de l'OMS
21 juin



Juillet

Réunion du G8 à St-Petersbourg – Le Dr Anders Nordström, Directeur général par intérim, dirige une équipe de hauts responsables de l'OMS au Sommet du G8, où la surveillance des maladies infectieuses, et notamment l'amélioration de la transparence grâce au partage de l'information par tous les pays, fait l'objet d'un rang élevé de priorité

4 juillet

Août

Mission d'évaluation de l'OMS au Liban

Conférence sur le sida à Toronto – les médicaments, les crédits et un personnel de santé qualifié sont des éléments essentiels pour parvenir à l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH/sida

16 août

Comité régional de l'Asie du Sud-Est
22 août

Comité régional de l'Afrique
28 août

Septembre

L'ambassadrice itinérante de l'OMS pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le mannequin Liya Kebede, se rend en Ethiopie, où elle observe l'action de l'OMS pour améliorer le bien-être des mères et de leurs nouveau-nés

Comité régional de la Méditerranée orientale
9 septembre

L'OMS accueille son cent quatre-vingt-treizième Etat Membre : la République du Monténégro

Comité régional de l'Europe
11 septembre

Comité régional du Pacifique occidental
18 septembre

Comité régional des Amériques
25 septembre

Octobre

Journée mondiale de la santé mentale
10 octobre

Journée mondiale de la vue
12 octobre

Novembre

La désignation du Dr Margaret Chan comme prochain Directeur général est confirmée lors d'une session extraordinaire d'une journée de l'Assemblée mondiale de la Santé
9 novembre

Ouverture du nouveau bâtiment OMS/ONUSIDA en présence du Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan
22 novembre

Lancement du *Rapport sur la santé en Afrique*, qui offre un aperçu sans précédent des progrès accomplis récemment dans la Région – l'Afrique apporte des solutions africaines à ses problèmes de santé

Décembre

Journée mondiale du sida
4 décembre

- BULLETIN** Le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* a pour but de donner des indications sur les politiques de santé publique et leur mise en œuvre sur la base des meilleures données disponibles tout en encourageant également les liens plus étroits entre chercheurs et l'action visant à aider les populations à mener une vie plus saine (disponible en anglais et en français à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bulletin>).
- CANCER** *Cancer control: knowledge into action* – WHO guide for effective programmes. Ce guide OMS fournit des conseils pratiques sur la façon de promouvoir, de planifier et de mettre en œuvre des programmes efficaces de lutte anticancéreuse et de les intégrer dans les programmes dirigés contre d'autres maladies chroniques et des problèmes connexes (disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/cancer>).
- CROISSANCE DE L'ENFANT** Les Normes OMS de croissance de l'enfant, élaborées au moyen de données recueillies dans le cadre de l'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance, montrent comment ont été établies les courbes de croissance physique et les étapes de développement moteur et proposent des outils d'application pour faciliter l'utilisation des normes (disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/childgrowth/en>).
- EAU** *WHO/UNICEF joint MDG Drinking Water and Sanitation Target*. La publication met en lumière les problèmes urbains et ruraux à résoudre pour atteindre les OMD en matière d'eau potable (disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/water_sanitation_health).
- FISTULE OBSTÉTRICALE** *Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development*. Guide pratique destiné aux professionnels et planificateurs des soins de santé, aux responsables politiques et aux dirigeants communautaires. Peut être acheté en ligne auprès de la librairie OMS à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bookorders>.
- GRIPPE AVIAIRE** *Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply* – plan destiné à réduire l'écart entre la demande potentielle de vaccins et l'offre que l'on prévoit au cours d'une pandémie de grippe (disponible à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_IVB_06.13_eng.pdf).
- OBÉSITÉ** *Charte européenne de lutte contre l'obésité. L'alimentation et l'exercice physique pour la santé*. La Charte recense les principaux domaines d'action en vue de réduire la pression commerciale, de promouvoir l'allaitement au sein, de réduire la teneur en sucres libres, graisses et sel des produits transformés, d'assurer un étiquetage adéquat des aliments du point de vue des informations nutritionnelles et de promouvoir le vélo et la marche grâce à de meilleures politiques d'aménagement urbain et de transports (disponible à l'adresse suivante : <http://www.euro.who.int/obesity>).
- PALUDISME** The *WHO Guidelines for the treatment of malaria* (principes directeurs de l'OMS pour le traitement du paludisme). Cette publication recommande les médicaments antipaludéens les plus efficaces sur la base des données d'efficacité et d'innocuité dont on dispose (disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/malaria>).
- REH** Le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* est un instrument indispensable pour la collecte et la diffusion de données épidémiologiques utiles à la surveillance des maladies au niveau mondial. La priorité est donnée aux maladies ou facteurs de risque dont on sait qu'ils menacent la santé internationale (disponible en version bilingue anglais-français à l'adresse suivante : <http://www.who.int/wer/en/>).
- SANTÉ DANS LE MONDE** Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* appelle l'attention sur la crise des personnels de santé et ses effets dévastateurs sur les capacités de nombreux pays à lutter contre la maladie et améliorer la santé (disponible en anglais, français et espagnol à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/2006>).
- SANTÉ EN AFRIQUE** *La santé des populations. Rapport sur la santé dans la Région africaine*. Premier rapport de cette nature consacré à la santé des 738 millions d'habitants de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (disponible en anglais et en français à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bulletin/africanhealth/>).
- SANTÉ SEXUELLE** *Sexual and Reproductive Health – Laying the Foundation for a More Just World through Research and Action* (disponible en anglais à l'adresse suivante : <http://www.who.int/reproductive-health/management>).
- SIDA** *ONUSIDA/OMS. Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2006* (disponible à l'adresse suivante : http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_fr.pdf).
- STATISTIQUES** Le système OMS d'information statistique a mis en place de nouveaux profils conviviaux sur le Web pour tous les Etats Membres, comprenant l'espérance de vie, la mortalité des enfants de moins de cinq ans, la répartition des causes de décès chez les enfants, les dix principales causes de décès et les quintiles de richesse (disponible en anglais et en français à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whosis/en/>).
- TABAC** The *WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC): Mobilizing the world for global public health* est une introduction au premier traité mondial de santé publique visant à réduire la charge de morbidité et de mortalité entraînée par la consommation de tabac. « Le tabac : mortel sous toutes ses formes », publié à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2006, étudie les différentes formes de consommation de tabac partout dans le monde. Les deux documents sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.who.int/tobacco/resources/publications>.
- TUBERCULOSE** Le *plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015* a pour thème : Agir pour la vie vers un monde sans tuberculose (disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/tb>).
- VIOLENCE** Premier rapport sur la violence à l'encontre des enfants établi par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), et le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (disponible à l'adresse suivante : <http://www.violencestudy.org>).
- VOYAGES** La publication *Voyages internationaux et santé* propose des conseils sur tout un éventail de risques pour la santé qui peuvent être rencontrés aux différentes destinations et associés à différents types de voyage (disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/ith/en>).