



Le Conseil exécutif nomme un nouveau Directeur général

« Je travaille pour l'OMS depuis 20 ans et j'en suis fier » JW Lee



Le Dr Gro Harlem Brundtland félicite le Dr JW Lee

Photo: Pierre Viot, OMS

Jong Wook (JW) Lee se présente souvent en disant : « Je travaille pour l'OMS depuis 20 ans et j'en suis fier ». L'un des fonctionnaires les plus expérimentés de l'OMS dans le domaine des maladies infectieuses, le Dr Lee, a été nommé le 28 janvier par le Conseil exécutif de l'OMS pour remplacer le Dr Gro Harlem Brundtland.

Le Dr Lee est né à Séoul (République de Corée). Il a obtenu son doctorat de médecine à l'université de Séoul et une maîtrise en santé publique à l'Université de Hawaii. Il parle l'anglais, le coréen et le japonais, et lit le français et le chinois. Il a commencé sa carrière à l'OMS en 1983, à Fiji, dans le domaine de la lèpre, puis à Manille et, en 1994, il a dirigé à Genève le Programme mondial des Vaccins et Vaccinations avant d'être nommé en 2000 Directeur de l'initiative Halte à la tuberculose.

Le Dr Lee a pour projet de poursuivre et de développer la politique générale du Dr Brundtland. Dans le discours qu'il a prononcé après avoir été nommé, le Dr Lee a déclaré : « Il y aura de nouvelles idées et nous essayerons de nouvelles solutions, mais les changements seront introduits

en douceur. Il n'y aura ni interruption des activités de l'OMS, ni bouleversement de la vie des gens qui y travaillent. »

Le projet du Dr Lee pour l'OMS privilégie les cinq « domaines prioritaires » suivants :

1. S'engager pleinement à réaliser les objectifs de Développement du Millénaire. Le Dr Lee estime qu'il s'agit là de la priorité des priorités de l'OMS. Il note toutefois qu'il ne faut pas pour autant sacrifier les activités qui ressortissent au mandat, plus vaste de l'OMS, à savoir les maladies non transmissibles, la lutte contre le tabagisme, la violence et d'autres domaines.
2. Décentraliser l'OMS et ses activités. Le Dr Lee a déclaré qu'il consacrerait davantage de ressources aux pays et régions où leur effet se fera le plus sentir. Outre les ressources financières, le Dr Lee prévoit ce qu'il appelle une « affectation prospective », c'est-à-dire une affectation du personnel technique dans les régions où il peut être le plus utile.
3. Renforcer l'efficacité de l'OMS. Le Dr Lee a réclamé une augmentation des investissements

suite page 2



Le Conseil exécutif nomme un nouveau D.-G.

dans la communication et les technologies de l'information et que l'on supplée aux voyages par des visioconférences. Il a demandé également que l'on examine la possibilité d'externaliser les activités et d'œuvrer avec les centres collaborateurs

4. Mieux rendre compte de l'action de l'OMS. Le Dr Lee a fait remarquer que les contribuables les plus pauvres des pays les plus pauvres participent au financement des activités de l'OMS. En tant que Directeur général, le Dr Lee promet d'introduire un processus continu d'évaluation programmatique et financière.

5. Améliorer encore les conditions de travail à l'OMS. Le Dr Lee a dit qu'aucune des priorités ne peut être atteinte sans l'adhésion totale d'un personnel dévoué. Il a dit qu'il s'efforcera d'attirer les personnes les plus compétentes, qu'il leur assurerait les meilleures conditions de travail possibles et leur offrirait des perspectives de développement professionnel.

Le Dr Lee a également mis l'accent sur le rôle des partenariats. En tant que Directeur de l'initiative Halte à la tuberculose, il a coordonné un effort de collaboration entre 250 partenaires, Etats Membres de l'OMS, donateurs, ONG, entreprises privées et fondations. « Nous devons, dans toutes nos activités, dépasser le cadre de l'OMS » dit le Dr Lee. « Forger de bons partenariats ne doit pas venir s'ajouter à notre travail essentiel, mais plutôt en former l'essentiel. »

Le Dr Lee soutient qu'il est tout désigné pour ce poste parce qu'il connaît l'OMS « sans doute mieux que quiconque ». Ayant travaillé sur le terrain et au niveau régional, il connaît les problèmes auxquels les pays font face. Par ailleurs, il a obtenu de bons résultats dans deux programmes importants : poliomyélite et tuberculose.

Le Conseil exécutif s'est montré convaincu en l'élisant le 28 janvier. La nomination du Dr Lee doit être approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra à Genève du 19 au 28 mai 2003.

En choisissant de se consacrer à la santé publique, le Dr Lee savait fort bien qu'il aurait gagné beaucoup plus d'argent s'il avait ouvert un cabinet privé. Ce qui l'a motivé, dit-il, c'est que « si l'on fait bien son travail de santé publique, on contribue au mieux-être de dizaines de milliers de personnes ».

*New York Times,
29/01/2003.*

Autre action du Conseil exécutif : la grippe

Outre la nomination d'un nouveau Directeur général, le Conseil exécutif a approuvé de nouvelles mesures pour lutter contre la grippe dans le monde.

Il y a urgence. Les souches les plus importantes de la grippe sont les souches A et B qui sont génétiquement instables. Du fait des changements minimes de leur composition antigénique qui se produisent tous les ans, de nouveaux vaccins doivent être constamment mis au point. Des variations antigéniques majeures peuvent entraîner des pandémies susceptibles de faire des dizaines de millions de morts. Une nouvelle pandémie de grippe est inévitable, et peut-être, comme l'ont appris les membres du Conseil exécutif, imminente. Seul un petit nombre de pays sont prêts à affronter la prochaine pandémie, par conséquent vaccins et antiviraux viendront à manquer.

Par ailleurs, les efforts pour prévenir les épidémies annuelles de grippe sont insuffisants. La couverture vaccinale est faible, notamment parmi les populations les plus vulnérables ; 10 % à 20 % seulement des personnes appartenant aux groupes à haut risque sont protégées, et ceci dans les pays industrialisés. Dans les pays en développement où la malnutrition aggrave les dangers associés à la grippe, la situation est bien pire. En outre, la surveillance dans les pays en développement laisse à désirer, créant « des lacunes géographiques » dans la surveillance mondiale. Pour pallier ces problèmes, le Conseil exécutif invite les Etats Membres :

- des pays industrialisés, à accroître la couverture vaccinale afin d'atteindre une couverture de la population âgée d'au moins 50 % d'ici 2006 et 75 % d'ici 2010 ;
- des pays où il n'existe pas de politique nationale de vaccination, à évaluer la charge de morbidité et l'impact économique des épidémies annuelles de grippe en vue d'élaborer des politiques nationales contre la grippe ;
- à renforcer les capacités de surveillance nationales ;
- à soutenir les travaux de recherche et développement sur des vaccins antigrippaux améliorés.

Au cours des débats sur la question, le Conseil exécutif a noté que les préparatifs en prévision d'une pandémie de grippe sont très similaires à ceux en prévision d'une attaque bioterroriste. Il s'agit dans les deux cas de la disponibilité des vaccins et de la capacité à les fabriquer, du stockage des médicaments, de la surveillance et d'une forte augmentation des capacités des installations de santé. Une résolution sur la grippe, approuvée à l'unanimité par le Conseil, fera l'objet d'un nouveau débat à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, où l'on s'attend à ce qu'elle soit adoptée officiellement.



Epidémie de grippe à Madagascar, août 2002

Contact: stohrk@who.int,
Dr Klaus Stohr, Chef de projet,
Programme mondial de lutte
contre la grippe

Tim Lyski, WHO Coll. Centre Atlanta, USA

Une flambée épidémique de fièvre jaune est évitée au Sénégal grâce à des ressources mondiales

Photo: Ayla Dabbagh, HTP/VABNAM



Des millions de personnes ont fait la queue pour se faire vacciner et éviter ainsi une catastrophe

—Par Pierre Formenty et Pat Drury, Alerte et action au niveau mondial
Contact: formentyp@who.int, druryp@who.int

Le 23 septembre 2002, à Dakar (Sénégal), un jeune étudiant présentant des symptômes caractéristiques de la fièvre jaune a été admis dans un hôpital. Le malade venait de Touba, une ville de 600 000 habitants à 160 km à l'est de la capitale sénégalaise. Dans le courant de la semaine suivante, d'autres cas présumés de fièvre jaune à Touba ont été notifiés au système Alerte et action au niveau mondial de l'OMS. Début octobre, 15 cas de fièvre jaune avaient été confirmés par le laboratoire de l'Institut Pasteur à Dakar, un des laboratoires partenaires du réseau Alerte et action au niveau mondial.

Les responsables de la santé publique craignaient fort qu'il n'y ait une épidémie explosive de fièvre jaune urbaine à Touba. Les flambées de fièvre jaune urbaine peuvent se propager rapidement, surchargeant les infrastructures sanitaires, et entraînant un très grand nombre de décès. Ils étaient d'autant plus inquiets que des pèlerinages attirent tous les ans un demi million de visiteurs à Touba et que les pèlerins peuvent facilement propager maladie partout dans le pays et atteindre la capitale.

Pour éviter une épidémie explosive, il fallait de toute urgence mener des campagnes de vaccination à Touba et dans d'autres régions affectées. Il fallait également mener, à Touba, des campagnes de lutte antivectorielle pour réduire le nombre de moustiques responsables de la transmission de la maladie de personne à personne.

Le ministère de la Santé a demandé à l'OMS une assistance technique et financière pour l'aider à lutter contre l'épidémie. L'OMS a prévenu les partenaires du réseau Alerte et action au niveau mondial et lancé un appel en vue de recueillir 1,2 million de dollars.

L'Office humanitaire de la Communauté européenne, le Fonds humanitaire de la Gates Foundation, les gouvernements belge et norvégien et le FNUAP font partie des partenaires donateurs qui ont réagi rapidement à la situation d'urgence. Les fonds ont servi à l'achat de vaccins et de fournitures et aux campagnes de vaccination de masse. En outre, il s'agissait de la première épidémie pour laquelle une action immédiate a été possible grâce au Fonds OMS-NTI d'intervention rapide récemment établi.

Dans le même temps, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a envoyé son équipe sous-régionale de riposte en cas d'épidémie de l'Afrique de l'Ouest et le Siège de l'OMS à Genève a envoyé des experts de la lutte contre la fièvre jaune et des campagnes de vaccination et de mobilisation sociale.

L'équipe d'intervention en cas de poussée épidémique de l'OMS en collaboration avec l'Institut Pasteur, le Children's Vaccine Programme du Programme de technologie appropriée pour la Santé (PATH) et l'UNICEF ont aidé les autorités sanitaires locales à mener à bien la vaccination et à organiser des campagnes de lutte antivectorielle, à surveiller les manifestations postvaccinales indésirables, à renforcer la surveillance, et à coordonner la riposte.

A la mi-janvier 2003, la flambée épidémique de fièvre jaune avait été endiguée. Au total, 68 cas et 14 décès ont été notifiés. Plus de 4 600 000 personnes ont été vaccinées et seront protégées contre la fièvre jaune pour de nombreuses années.

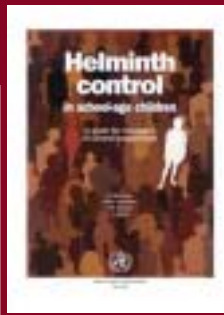
L'appui rapide des donateurs et la réponse rapide à la poussée épidémique ont aidé le Sénégal à éviter d'énormes souffrances, des milliers de décès et une crise économique.

Nouveaux rapports du programme OMS de lutte contre les maladies transmissibles

Helminth control in school-age children – ISBN 92 4 154556 9

Manuel à l'intention des planificateurs et des administrateurs de programme des secteurs de la santé et de l'éducation chargés de la mise en œuvre de programmes communautaires de lutte contre les géohelminthiases et les schistosomiases chez les enfants d'âge scolaire.

Se rendre sur le site : <http://www.who.int/dsa/justpub/justpub.htm>



Understanding the BSE threat – WHO/CDS/CSR/EPH/2002.6

L'encéphalopathie spongiforme bovine ou maladie de la vache folle fait partie d'une famille mystérieuse de maladies pour la plupart très rares. C'est en 1986, au Royaume-Uni, que des cas de cette maladie ont été signalés pour la première fois, et une autre maladie, le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ou nvM^{CJ}, détectée en 1996, a été liée à l'épidémie bovine d'ESB du bétail.

Se rendre sur le site : <http://www.who.int/csr/en>

Global defence against the infectious disease threat – ISBN 92 4 159029 7

Un nouveau rapport de l'OMS sur la situation des maladies infectieuses dans le monde vient de paraître. Ce rapport de 250 pages contient les dernières données statistiques, les tendances et la description des programmes de lutte actuels pour plus de 20 maladies. Il comporte un index ainsi que de nombreux graphiques, tableaux et cartes. Les versions française et espagnole sont en cours de préparation.

Un nouveau chef pour le nouveau secrétariat du partenariat Faire reculer le paludisme

Le Dr Fatoumata Nafo-Traore, ancien Ministre de la Santé du Mali, connaît fort bien le paludisme

car cette maladie est endémique au Mali où elle est la cause principale de décès chez les jeunes enfants et de morbidité chez les adultes. Par ailleurs, souffrant de deux à trois accès par an, le Dr Nafo connaît le paludisme personnellement. Mais elle est prompte à ajouter : « Je n'ai jamais manqué une seule journée de travail à cause du paludisme. »

En janvier, le Dr Nafo a pris la tête d'un projet réorganisé. La restructuration s'est faite suite à un examen externe mené par le *Department for International Development* du Royaume-Uni. Le secrétariat RBM veillera uniquement à aider ses partenaires à renforcer leurs efforts, notamment en ce qui concerne la mobilisation des ressources aux niveaux régional et national pour accélérer la lutte contre le paludisme. Le secrétariat RBM œuvrera de concert avec un nouveau département créé en janvier, le Département de lutte antipaludique (MAL), dirigé par M. David Alnwick, et qui sera chargé de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des activités de lutte antipaludique de l'OMS sur le terrain.

Le Dr Nafo et d'autres font l'éloge des réalisations du partenariat RBM à ce jour. A présent, dit le Dr Nafo, il faudra mettre l'accent sur les qualités de chef, les stratégies et ressources requises aux niveaux national et régional pour atteindre l'objectif de réduire de moitié l'incidence du paludisme d'ici 2010.

Le Dr Nafo a trois objectifs prioritaires pour RBM. Premièrement, une meilleure coordination : la coordination est solide au niveau mondial, dit-elle, mais doit être intégrée à tous les niveaux. Deuxièmement, le suivi : un meilleur suivi montrera aux bailleurs de fonds que les interventions sont efficaces. Troisièmement, l'intégration : les efforts de lutte antipaludique ne doivent pas s'inscrire dans des programmes verticaux, dit-elle, mais doivent s'insérer dans les systèmes en place et les appuyer.

Des compétences organisationnelles et gestionnaires et pas mal de savoir-faire politique seront nécessaires pour mener tout ceci à bien. Le Dr Nafo a été membre du Conseil de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et membre du groupe de travail technique de l'ONUSIDA/OMS chargé d'accélérer l'accès aux soins. Elle a également joué un rôle important dans l'obtention de fonds pour le Mali du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.



Pour plus de renseignements ou pour recevoir ce bulletin, prière de contacter :

Centre d'information de CDS
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse
Fax : +(41) 22 791 4285
Mél : [cgsdoc@who.int](mailto:cdsdoc@who.int)

Le bulletin, réalisé par CDS/CME, est publié en anglais, français et espagnol.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et s'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

© Organisation mondiale de la Santé, 2003

Calendrier des prochaines réunions de CDS en 2003

Consultation de l'OMS sur la composition des vaccins contre la grippe

pour l'hémisphère Nord 2003–2004, OMS, Genève, 12–13 février 2003.

Directeurs des centres collaborateurs OMS de référence et recherche sur la grippe, Dr Lazzari, lazzaris@who.int et Dr Klaus Stohr, stohrk@who.int.

Biosafety Inspection of the Maximum Containment

Laboratories and the Variola Virus Repository

Centre collaborateur OMS, CDC, Atlanta (États-Unis), 18–20 février 2003, CSR/LYO ; Dr B. Kay, kayb@who.int et Dr D. Lavanchy, lavanchyd@who.int

XV^e Comité consultatif scientifique et technique de TDR (STAC) OMS,

Genève, 24–27 février 2003, membres du STAC, conseillers et personnel du TDR, Erik Blas, blasé@who.int

Groupe spécial MIM/TDR, 10–14 mars 2003

au Mozambique, Dr Fabio Zicker, zickerf@who.int

VI^e réunion du groupe consultatif de l'OMS sur l'ulcère de Buruli OMS,

Genève, Salle du Conseil exécutif, 10–13 mars 2003, Dr K. Asiedu, asieduk@who.int

Coût/efficacité de la lutte contre la tuberculose en

Russie L10, OMS, Genève, 13–14 mars 2003, Chris Dye, dyec@who.int

Groupe de travail scientifique sur le

paludisme, OMS, Genève, 24–27 mars 2003, Dr Janis Lazdins, lazdinsj@who.int