



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

REUNION DES PARTIES INTERESSEES

GENEVE, 18-29 JUIN 2001

Maladies transmissibles

Principales activités en 2000

1. **Surveillance**
2. **Lutte, prévention et éradication**
3. **Recherche et développement de produits contre les maladies transmissibles**
4. **Paludisme**
5. **Tuberculose**

1. SURVEILLANCE

Surveillance et action intégrées

1. Le service de renseignements sur les épidémies dans le monde a reçu en 2000 40 % de notifications supplémentaires émanant des réseaux de surveillance mondiale par rapport à 1999, et le délai moyen entre la réception d'une notification et la prise de contact avec le terrain a été ramené à 24 heures. La première réunion des plus de 70 partenaires du réseau mondial d'alerte et action en cas d'épidémie s'est tenue en avril 2000.¹ Le réseau a fait la preuve de son utilité en coordonnant l'action internationale contre la plus importante flambée épidémique de fièvre hémorragique à virus Ebola jamais enregistrée qui a menacé l'Ouganda et l'ensemble de la région à l'automne 2000 et qui a pu être maîtrisée. Des plans de préparation et d'action en cas d'épidémie ont été élaborés par toutes les Régions de l'OMS, et de nombreux plans ont également été établis au niveau des pays.

¹ Document WHO/CDS/CSR/2000.3.

2. La révision du Règlement sanitaire international s'est poursuivie en 2000, et une nouvelle orientation a été proposée aux organes directeurs pour approbation.² Le rapport OMS sur la surveillance mondiale des maladies épidémiques³ a été publié et la première étape dans la mise au point d'un atlas mondial des maladies infectieuses sur le Web a été franchie avec la validation de principe.

3. En étroite collaboration avec les bureaux régionaux, qui ont approuvé une approche multimaladies du renforcement des capacités nationales, des évaluations nationales ont été entreprises dans certains pays et des plans d'action élaborés. L'approche intégrée de la surveillance des maladies, qui repose sur les programmes de surveillance de certaines maladies déjà existants et efficaces (collaboration avec les programmes d'éradication de la poliomyélite, par exemple), a été appliquée dans les pays de la Région africaine de l'OMS et a commencé à l'être dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et de la Méditerranée orientale. On a mis au point un protocole spécifique pour l'évaluation des capacités nationales de surveillance et action, ainsi qu'une application spéciale (HealthMapper) pour la cartographie sanitaire, axée tout particulièrement sur l'Afrique et l'Asie du Sud-Est (par exemple, informations sur le risque de paludisme et la couverture des soins de santé mise au point pour le projet Faire reculer le paludisme). Des applications par maladie de HealthMapper ont été utilisées (pour l'onchocercose, le ver de Guinée, la schistosomiase, la filariose lymphatique et le trachome), et de nouveaux partenariats ont été établis (avec l'ONUSIDA et le FNUAP, par exemple).

4. Le programme spécial de lutte contre les maladies transmissibles dans les situations d'urgence complexes a tenu sa première réunion en décembre 2000 avec ses partenaires (organisations du système des Nations Unies comme l'UNICEF et le HCR et grandes organisations non gouvernementales) pour envisager le renforcement des capacités afin de mettre en place des systèmes efficaces d'alerte et action, ainsi que des activités de lutte contre certaines maladies dans les populations et les territoires qui connaissent des situations d'urgence aiguës ou chroniques. Une base de données des experts et des secteurs d'activité a été élaborée et un plan d'action établi. Un appui aux programmes de formation en épidémiologie de terrain a été fourni dans le cadre du réseau de formation à l'épidémiologie pour les interventions de santé publique (TEPHINET) mis sur pied par l'OMS en partenariat avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Etats-Unis d'Amérique). Dans le cadre du programme OMS de formation de responsables de l'orientation des politiques de santé dans le monde, une formation en épidémiologie et santé publique a été dispensée à de jeunes professionnels sous forme de cours spéciaux, d'un encadrement et d'une formation en cours d'emploi.

Lutte contre les maladies épidémiques

5. Afin d'améliorer les moyens des laboratoires diagnostiques en Afrique, des évaluations nationales ont été effectuées, une formation dispensée et des réactifs et fournitures de laboratoire distribués, en collaboration avec le Bureau régional de l'Afrique. Des programmes internationaux de contrôle de qualité ont été mis en oeuvre par l'intermédiaire des centres collaborateurs de l'OMS. Au titre des activités préparatoires exécutées en 2000 en vue de l'ouverture du Bureau de l'OMS à Lyon (le 8 février 2001), les programmes d'études pour la formation des responsables de laboratoire ont été définis.

² Document A54/9.

³ Document WHO/CDS/CSR/ISR/2000.1.

6. Des normes, des réactifs et des outils diagnostiques non disponibles dans le commerce pour l'encéphalite japonaise, la dengue, les virus West Nile, Kunjin et Ross River, la fièvre jaune, d'autres arbovirus et la peste ont été produits par des laboratoires spécialisés et distribués aux établissements des pays touchés.
7. L'épidémiologie de la grippe et des virus grippaux continue de faire l'objet d'une surveillance mondiale. La composition du vaccin antigrippal pour les hémisphères Nord et Sud a été publiée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, de même que des recommandations pour la lutte antigrippale. Les moyens de laboratoire pour la surveillance de la grippe ont été renforcés en Chine en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.
8. Afin d'améliorer la préparation en cas d'épidémie de fièvres hémorragiques virales, du matériel et des vêtements protecteurs ont été fournis à la Région africaine et les moyens de laboratoire ont été renforcés en Inde, au Kenya et au Viet Nam. Des experts ont fourni un soutien technique en vue de coordonner l'action contre Ebola en Ouganda (voir paragraphe 1). Le projet de la Forêt Tai, qui consiste à étudier les réservoirs naturels de filovirus (Ebola et Marburg), est arrivé à son terme.
9. Sept réunions ont été organisées en 2000 pour mettre en place des réseaux techniques interpays pour la surveillance du VIH/SIDA et des IST. On a continué à recueillir, compiler, analyser et diffuser des données nationales, régionales et mondiales sur le VIH/SIDA en collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS, des centres collaborateurs et d'autres établissements. Afin d'interpréter les tendances et les schémas de croissance des épidémies et de prévoir l'impact du SIDA sur la base de nouvelles méthodologies et de données de surveillance améliorées, une autre série de réunions a été organisée et un nouveau logiciel est en cours de mise au point. Des principes directeurs opérationnels ont été préparés (sur la surveillance du VIH, la surveillance des IST et les tests de dépistage du VIH) et un module de surveillance du VIH de la deuxième génération a été traduit en 15 langues.
10. Le groupe spécial mondial choléra a tenu deux réunions, l'une au Siège de l'OMS et l'autre avec la participation des bureaux régionaux. Une vidéo de formation sur la prise en charge du choléra a été réalisée et diffusée et le travail d'élaboration de principes directeurs s'est poursuivi. La réunion annuelle du Groupe de coordination international sur la fourniture de vaccins pour la lutte contre la méningite épidémique (ICG) a eu lieu au Caire (Egypte) en septembre 2000, de même que plusieurs réunions de sous-groupes de l'ICG. L'aide internationale pendant les épidémies de méningococcie a été coordonnée par les partenaires et des vaccins et autres matériels ont été fournis aux pays présentant des besoins d'urgence à des prix préférentiels. Les seuils recommandés par l'OMS pour la détection des épidémies ont été publiés, de même que le bulletin de l'ICG. Les capacités nationales de préparation et action en cas d'épidémie de méningococcie ont été renforcées par la formation du personnel de laboratoire dans certains pays des Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.
11. Les données épidémiologiques sur les co-infections *Leishmania*/VIH obtenues à travers le réseau OMS de surveillance mondiale ont été régulièrement recueillies, cartographiées et diffusées à travers des publications techniques. Les principes directeurs applicables au diagnostic et au traitement de la co-infection *Leishmania*/VIH ont été mis au point, promus et distribués. Des missions d'évaluation rapide ont été effectuées lorsque des épidémies sont survenues et, dans les cas de leishmaniose viscérale, des fournitures de base ont été distribuées pour réduire le taux de mortalité. Des matériels audiovisuels ont été produits à des fins de formation et de sensibilisation, pour illustrer l'épidémiologie et les méthodes de lutte dans différentes situations épidémiologiques dans le monde.

12. Des ateliers et des réunions de coordination nationales ont été organisés pour la surveillance de la trypanosomiase africaine et la lutte contre celle-ci, avec la participation des programmes nationaux de lutte, d'organisations non gouvernementales et de donateurs. Le bureau de surveillance de Yaoundé (Cameroun) a été renforcé, et l'on a continué à cartographier les zones d'endémie et à recueillir des données. On s'est employé à favoriser la mise au point de nouveaux médicaments contre la trypanosomiase et des schémas thérapeutiques normalisés au moyen des médicaments existants ont été établis.

Risques de santé publique liés aux animaux et aux aliments

13. L'enquête mondiale sur la rage 2000 a été publiée et une procédure de préqualification du vaccin antirabique humain a été entamée. Afin de développer un nouveau système d'appât-vaccin pour le chien et d'éliminer la rage dans certains pays, des contacts ont été établis avec les éventuels pays bénéficiaires et des réunions ont été organisées en Inde et en Thaïlande. Des principes directeurs pour l'amélioration de la surveillance de la leptospirose en sont au stade de la mise au point définitive et une étude sur le rapport coût/efficacité de la lutte contre la brucellose en Mongolie a été présentée.

14. La base de données mondiales sur les salmonelles (SalmSurv), qui contient des données de surveillance sur la résistance aux antimicrobiens, a été développée et un programme extérieur d'assurance de la qualité applicable aux laboratoires de référence pour les salmonelles a été établi. Le document intitulé *Global principles for the containment of antimicrobial resistance in animals intended for food* a été publié,⁴ ainsi que des principes directeurs pour la surveillance nationale de l'utilisation des antimicrobiens chez l'animal. Ces derniers ont servi de base aux cours de formation organisés en Argentine, en Grèce, au Mexique, en Thaïlande et en Europe orientale.

Surveillance et maîtrise de la résistance aux médicaments anti-infectieux

15. Le projet mondial OMS/Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies du Poumon sur la surveillance de la résistance concernant la tuberculose a été élargi. Un soutien a été fourni pour l'organisation d'ateliers nationaux et régionaux sur la surveillance de la résistance aux antipaludéens et pour la mise sur pied de réseaux de sites sentinelles. Un instrument d'évaluation des systèmes de surveillance de l'antibiorésistance a été testé dans quatre pays de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est et un logiciel actualisé pour la surveillance de la résistance a été mis en circulation. Des partenariats avec des associations professionnelles ont été conclus afin de faciliter les activités de formation nationales et en assurer la pérennité.

16. Le prototype de banque d'informations OMS sur l'antibiorésistance a été évalué. Une base de données mondiale sur la résistance aux médicaments antipaludéens a été mise au point. L'élaboration de la stratégie mondiale pour la maîtrise de l'antibiorésistance s'est poursuivie, avec l'organisation d'un atelier sur l'application de la stratégie en septembre 2000 et la mise sur le Web et la large diffusion pour observation d'un projet de document.

⁴ Document WHO/CDS/CSR/APH/2000.4.

2. LUTTE, PREVENTION ET ERADICATION

17. Afin d'atteindre les objectifs du programme, des coalitions doivent être forgées entre le secteur privé et le secteur public, les organismes d'aide bilatéraux, les médias et autres organisations. Ces alliances stratégiques sont essentielles pour lutter contre les maladies transmissibles, car ce n'est qu'en unissant les forces que les cibles mondiales pourront être atteintes. C'est à l'OMS de créer une plate-forme afin que les principaux intervenants puissent élaborer conjointement des stratégies et mobiliser les ressources nécessaires pour les mettre en oeuvre. A l'heure actuelle, les principaux partenariats dans ce domaine sont les suivants : l'Alliance mondiale pour l'élimination de la lèpre (à laquelle participent les pays d'endémie, la DANIDA, la Fédération internationale des Associations contre la Lèpre, Novartis, La Nippon Foundation et la Banque mondiale) ; l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique (ministères de la santé, OMS, GlaxoSmithKline, Merck & Co. Inc., Gouvernements japonais et du Royaume-Uni, CDC (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, universités, organisations non gouvernementales, etc.) ; l'initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli (avec des partenaires comme la Nippon Foundation et diverses organisations non gouvernementales et universités) ; les Partenaires de la lutte antiparasitaire ; et la Collaboration mondiale pour les pesticides utilisés en santé publique (composée d'entreprises, d'organismes nationaux ou d'Etat, d'organisations régionales et internationales, d'universités et d'instituts de recherche).

18. Les programmes de dons de médicaments sont des éléments clés des Alliances mondiales contre la filariose lymphatique et la lèpre, qui sont limités dans le temps.

Elimination et éradication des maladies visées

19. En 2000, des plans stratégiques pour l'éradication et l'élimination de certaines maladies transmissibles, avec le concours de tous les partenaires compétents, ont été établis. Au niveau mondial, le Groupe consultatif technique pour la lèpre a passé en revue les progrès accomplis sur la voie de l'élimination. Le groupe d'examen du programme mondial pour la filariose lymphatique a examiné et approuvé des plans d'action pour 8 pays ; le programme d'élimination de la filariose lymphatique a été lancé officiellement en 2000 et le mandat de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique a été approuvé par l'ensemble des partenaires qui, ultérieurement, se sont réunis pour la première fois dans le cadre de l'Alliance. Des plans pour la phase finale de l'éradication de la dracunculose ont été élaborés et le groupe consultatif de l'OMS sur l'ulcère de Buruli ainsi que l'initiative mondiale pour l'ulcère de Buruli ont coordonné l'action des organisations non gouvernementales et d'autres partenaires, dans un effort conjoint pour sensibiliser à la maladie, mobiliser un soutien en faveur des pays touchés et promouvoir la recherche.

Soutien intensifié aux pays

20. L'OMS collabore avec les pays à la mise en oeuvre de leurs stratégies intensifiées à travers la planification, la formation, la mobilisation sociale, l'achat de médicaments essentiels, l'assistance technique et financière, la surveillance, l'évaluation et la certification.

21. Au niveau opérationnel, les partenariats ont été renforcés et la coordination entre les pays, les organisations internationales et les organisations du système des Nations Unies a été améliorée. Des plans détaillés pour l'éradication et l'élimination des maladies cibles ont été élaborés et soutenus, par exemple : les plans régionaux pour l'élimination de la lèpre dans cinq Régions (Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Méditerranée orientale, Pacifique occidental) ; des plans régionaux pour l'élimination de la filariose lymphatique dans les Amériques, en Asie du Sud-Est et en Méditerranée orientale ; et des réunions sous-

régionales en Afrique et dans le Pacifique occidental. Les administrateurs de programmes nationaux des pays où la dracunculose est endémique ont travaillé ensemble à l'élaboration d'une stratégie commune et à l'amélioration de la coordination technique sous-régionale et transfrontières concernant la dracunculose. Les programmes filariose et onchocercose ont déployé une collaboration intensive tout au long de l'année afin d'élaborer une stratégie d'intégration, le Comité conjoint pour la filariose lymphatique travaillant avec le Comité d'experts du Mectizan® afin de coordonner les dons de médicaments pour les programmes de lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique en Afrique.

22. Les superviseurs et les agents de santé volontaires de village ont été formés à la surveillance et à la prise en charge des cas de dracunculose (ver de Guinée) au Yémen. Les administrateurs de programme de lutte contre la filariose lymphatique et les agents de santé ont été formés au système d'information géographique et à la cartographie de la filariose lymphatique pour les pays d'Afrique, et les deux premiers cours internationaux de formation à la prise en charge des incapacités liées à la filariose lymphatique ont été organisés au Brésil et en Inde.

23. Un réseau technique mondial d'experts de la mobilisation sociale a été constitué et des outils d'éducation sanitaire à utiliser dans les écoles ont été élaborés et mis à l'essai sur le terrain en ce qui concerne le paludisme et l'ulcère de Buruli. Les activités de mobilisation sociale dans ce secteur d'activité ont été soutenues (par exemple, les activités de mobilisation sociale contre la lèpre sont en cours dans deux pays). L'organisation du forum de sensibilisation aux questions de santé d'octobre 2000 à Winterthur a été couronnée de succès, et une action de sensibilisation dans le domaine des maladies transmissibles a été soutenue par la production de brochures et autres matériels d'information, dont le *Rapport sur les maladies infectieuses, 2000*.

24. L'achat de médicaments essentiels contre les maladies cibles de l'élimination est organisé. Le traitement de la lèpre est assuré gratuitement dans les pays qui le demandent : 8 millions de plaquettes thermoformées pour la polychimiothérapie (PCT) ont été distribuées à 60 pays. Pour traiter les populations exposées à la filariose lymphatique, l'OMS a acheté des comprimés de diéthylcarbamazine (DEC) pour le compte des pays. Dans le cadre de l'assistance technique et logistique aux activités de terrain, une assistance technique directe a été fournie aux programmes de lutte contre la filariose lymphatique aux Comores, en Egypte, au Togo et dans les pays insulaires du Pacifique ; la stratégie intensifiée pour l'élimination de la lèpre a été mise en oeuvre dans les 10 principaux pays d'endémie ; et une assistance technique directe a été fournie aux programmes de lutte contre le ver de Guinée au Kenya, au Soudan, au Tchad et au Yémen.

25. Les principales activités de surveillance et de certification suivantes ont été effectuées en 2000 : surveillance de l'élimination de la lèpre dans 8 pays ; renforcement de la surveillance du ver de Guinée dans les pays ne notifiant aucun cas (en vue de la certification ultérieure et pour prévenir la réintroduction de l'infection) ; examen des progrès sur la voie de l'élimination de la filariose lymphatique dans la Région du Pacifique occidental ; vérification et établissement de rapports de pays pour le ver de Guinée dans 5 pays africains ; et définition de critères pour la certification de l'élimination de l'onchocercose. La Commission internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose a tenu sa quatrième réunion à l'OMS, au cours de laquelle les demandes de certification ont été passées en revue et 42 pays/territoires ont été certifiés indemnes de transmission de la dracunculose. Avec la certification de l'Inde, la transmission de la dracunculose a maintenant été interrompue dans toute la Région OMS de l'Asie du Sud-Est.

Lutte contre les maladies parasitaires

26. Avec l'aide d'un large groupe de partenaires, l'OMS a mis au point un module pour la lutte contre la morbidité due à la schistosomiase et aux géohelminthiases dans les zones à forte transmission en utilisant les systèmes de soins de santé et d'éducation existants. La stratégie a été proposée aux organes directeurs pour approbation.⁵ Les Etats Membres sont invités à s'efforcer d'atteindre les cibles minimales suivantes en vue de réduire la morbidité de 80 % : administration régulière d'une chimiothérapie à au moins 75 % des enfants d'âge scolaire exposés au risque de parasitoses d'ici 2010 ; et accès aux anthelminthiques essentiels dans les services de santé des zones d'endémie, même au niveau périphérique, pour le traitement des cas symptomatiques et des enfants, des femmes et autres groupes à risque.

27. Des éléments factuels pour l'élaboration des politiques ont été réunis en collaboration avec les ministères de la santé des pays d'endémie, avec le concours des centres collaborateurs de l'OMS et d'instituts de recherche (par exemple, les universités Johns Hopkins, McGill, Cornell et Glasgow et la London School of Hygiene and Tropical Medicine). La Thrasher Foundation, le Wellcome Trust, la CIDA, l'initiative pour les micronutriments, l'AID des Etats-Unis d'Amérique et les Gouvernements belge, italien, japonais et néerlandais ont soutenu la mise en place et la documentation d'expériences pilotes dans les pays.

28. En 2000, l'OMS a entamé un certain nombre d'activités importantes en collaboration avec d'autres organisations : le PAM a intégré le module dans son programme d'alimentation scolaire en Equateur et au Népal avec un succès croissant et prévoit d'étendre cette initiative à l'ensemble des 59 programmes de pays. L'UNICEF distribue des vermifuges au Cambodge, en Mauritanie, au Népal et au Viet Nam. Le HCR traite ce problème dans les camps de réfugiés bhoutanais. La Banque mondiale, avec l'appui technique de l'OMS, exécute des activités de lutte antiparasitaire dans le cadre du programme de santé scolaire en Guinée. L'initiative Hashimoto et le Centre asiatique de Lutte antiparasitaire internationale s'emploient à promouvoir et à soutenir des activités de formation et de lutte contre les parasitoses en Asie. L'OMS a fourni une assistance technique à toute une série de pays, passant en revue les activités de lutte contre la schistosomiase dans des pays comme le Botswana, la République islamique d'Iran et le Maroc, entamant un programme de recherche opérationnelle en Ouganda et soutenant des activités de lutte contre l'opisthorchiase et la schistosomiase en République démocratique populaire lao, en collaboration avec le German Pharma Health Fund. Des plans d'action ont été établis pour plusieurs pays, un cours à l'intention des pays francophones a été organisé et des données sur la morbidité liée aux géohelminthiases et à la schistosomiase ont été recueillies et analysées.

29. Dans le cadre du projet Faire reculer le paludisme (RBM) (voir paragraphes 57 à 62) et en collaboration avec les principaux partenaires et des représentants des pays d'endémie, un plan stratégique pour le renforcement des capacités pour RBM a été élaboré. Des modules de formation pour une lutte antivectorielle complète ont été mis au point pendant un cours régional organisé en Inde et plusieurs autres matériels de formation, y compris des manuels, des auxiliaires de laboratoire et des vidéos, ont été mis au point. Trois cours internationaux sur la planification de la lutte antipaludique ont été organisés en collaboration avec le Bureau régional de l'Afrique pour les pays anglophones, francophones et lusophones d'Afrique, et un cours régional sur une lutte antivectorielle complète a été organisé.

⁵ Document A54/10.

Lutte antivectorielle

30. Des conseils et un soutien technique ont été fournis aux programmes nationaux de lutte contre la dengue, et le suivi du réseau africain de surveillance de la résistance aux insecticides s'est poursuivi. Une évaluation préliminaire de l'impact potentiel sur l'environnement des moustiquaires imprégnées d'insecticide a été effectuée et des spécifications mises au point pour les matières dans lesquelles sont fabriquées ces moustiquaires.

31. Le système OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES) a mené à bien les activités suivantes : évaluations en laboratoire et sur le terrain, examen du rapport final de la quatrième réunion du groupe de travail WHOPES et publication et diffusion de recommandations. Les spécifications OMS pour les pesticides ont été actualisées et des documents ont été publiés sur les sujets suivants : insecticides pour la pulvérisation à effet rémanent à l'intérieur des habitations pour lutter contre le paludisme ; manuel de pulvérisation à effet rémanent à l'intérieur des habitations ; pulvérisation spatiale d'insecticides pour la lutte antivectorielle et la lutte contre les nuisibles en santé publique ; et critères et procédures de décision pour l'utilisation judicieuse des insecticides. Une base de données pour la surveillance des pesticides a été constituée à l'intention des Etats Membres et la deuxième réunion de la Collaboration mondiale pour les pesticides utilisés en santé publique a eu lieu, son rapport a été publié et diffusé et ses recommandations mises en oeuvre.

Tuberculose⁶

32. A la suite de l'adoption de la Déclaration d'Amsterdam en mars 2000 et de la demande formulée par les Etats Membres à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2000 pour que l'OMS apporte son appui à la mise en oeuvre et au développement de la lutte antituberculeuse, l'OMS s'est concentrée sur l'élaboration d'une ligne d'action mondiale pour l'extension accélérée de la stratégie DOTS.

33. Lors de la première réunion sur l'extension de la stratégie DOTS, tenue au Caire en novembre 2000, un plan mondial pour l'extension de la stratégie DOTS, composé des plans d'action à moyen terme des différents pays, a été soumis et approuvé par les 22 pays où la charge de morbidité est élevée, par les partenaires techniques et financiers de l'OMS ainsi que par l'ensemble du réseau OMS de lutte antituberculeuse au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les pays. Le plan donne la priorité à l'instauration de partenariats dans les pays pour l'extension de la stratégie DOTS – partenariats qui constitueront un cadre de coordination et de collaboration entre les gouvernements des pays d'endémie, les organismes techniques associés à la lutte antituberculeuse au niveau international, les organisations non gouvernementales locales et les organismes donateurs. Il s'agit d'avoir pour chaque pays un plan d'action clair à moyen terme soutenu par la communauté internationale et étayé par une volonté politique.

34. Dans les mois qui ont suivi, on s'est donc attaché en priorité à aider à élaborer de solides plans d'action, en commençant par les 22 pays où la charge de morbidité est élevée : 12 d'entre eux ont déjà établi des plans à moyen terme pour l'extension de la stratégie DOTS et les autres se sont engagés à le faire en 2001. Toutes les Régions de l'OMS ont organisé en 2000 une réunion des directeurs de programmes antituberculeux, et chaque Région travaille actuellement à l'élaboration d'un plan stratégique quinquennal (déjà prêt dans la Région du Pacifique occidental) axé sur les besoins de tous les pays.

⁶ La lutte antituberculeuse a été incluse dans ce domaine d'activité en 2000.

35. L'OMS va bientôt publier un bilan financier des ressources affectées à la lutte antituberculeuse pour les 22 pays où la charge de morbidité est élevée, compte tenu des informations présentées au Caire et des travaux menés ultérieurement par des planificateurs et des économistes de la santé. Dans le cadre de ce bilan, on a établi un profil pour chacun des 22 pays en question, en repérant notamment les principaux partenaires qui travaillent dans les pays et en procédant à une évaluation du déficit financier à combler pour pouvoir généraliser l'application de la stratégie DOTS. Un groupe de travail de l'initiative Halte à la tuberculose pour l'extension de la stratégie DOTS a été créé pour poursuivre ces travaux.

36. Afin d'aider les pays, plusieurs documents et lignes directrices ont été préparés, par exemple sur la prévention de la tuberculose dans les établissements de santé et la lutte contre cette maladie dans les prisons. Avec l'UICMR et l'Association royale néerlandaise contre la Tuberculose (KNCV), des définitions pour les programmes antituberculeux ont été normalisées et publiées.

37. En matière de suivi et de surveillance de la tuberculose, le *Rapport de l'OMS sur la lutte mondiale contre la tuberculose, 2000* a été publié en mars de cette même année. Il s'agit d'un document essentiel pour le suivi des résultats des programmes antituberculeux à travers le monde, compte tenu des cibles fixées au niveau mondial. On a achevé des études faisant appel à de nouvelles méthodes de modélisation pour analyser l'impact de la stratégie DOTS sur l'épidémiologie de la tuberculose et l'atténuation de la charge de la maladie en Chine et au Pérou, et des bilans ont été faits dans l'optique de l'économie de la santé. De nouvelles estimations mondiales de l'incidence de la tuberculose ont été établies de manière à fournir une base pour l'évaluation des taux de dépistage. De nouvelles estimations mondiales ont également été établies pour la tuberculose associée au VIH et pour la tuberculose à bacilles multirésistants.

38. En ce qui concerne l'élaboration de stratégies et de politiques nouvelles, plusieurs activités ont été entreprises et menées à bien. Dans le cadre de l'initiative pour la santé pulmonaire de l'adulte, des lignes directrices fondées sur des bases factuelles ont été établies pour les soins primaires et secondaires dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, des outils de formation connexes ont été mis au point et des matériels de formation adaptés ont été expérimentés. L'adaptation des lignes directrices génériques aux pays a débuté au Maroc, au Népal et au Pérou.

39. En ce qui concerne la tuberculose associée au VIH, le projet de soins communautaires aux personnes atteintes de tuberculose (et de l'infection à VIH) a pris fin lors d'un atelier sur les « enseignements tirés » organisé à Harare (Zimbabwe) en septembre 2000. Ce projet a montré, s'il en était besoin, que les soins communautaires aux patients atteints de tuberculose présentent un bon rapport coût/efficacité si on les compare à la pratique systématique de l'hospitalisation et de la prise en charge des cas dans les services de santé. Un appui a été fourni à des projets Pro-Test destinés à renforcer la collaboration et à assurer une intégration fonctionnelle des programmes de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH/SIDA. D'importants travaux ont débuté en vue de formuler un cadre stratégique général pour la prise en charge de la tuberculose associée au VIH ; il s'agit d'optimiser la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH/SIDA en s'appuyant sur des systèmes et services de santé renforcés.

40. S'agissant du rôle des praticiens privés dans la lutte antituberculeuse, un bilan mondial a été fait et un document sur les orientations générales a été approuvé par un groupe d'experts réuni à Genève en août 2000. Ce document constitue la base de la mise en oeuvre des projets associant le secteur privé et le secteur public (PPM-DOTS) sur 7 sites de 5 pays à charge de morbidité élevée : il s'agit de déterminer comment les praticiens privés pourraient participer avec efficacité à l'action de lutte contre la tuberculose.

41. Dans le domaine de la tuberculose à bacilles multirésistants, des normes et des lignes directrices ont été élaborées avec des partenaires internationaux pour servir de base à la mise en route de travaux de recherche opérationnelle sur DOTS-Plus, une stratégie novatrice fondée sur la stratégie DOTS qui est axée sur la prise en charge de la tuberculose à bacilles multirésistants là où les ressources manquent. Etant donné que la difficulté d'accès aux antituberculeux de seconde intention nécessaires pour soigner cette forme de tuberculose est un obstacle majeur (dû au coût prohibitif de ces médicaments), des travaux ont été entrepris en vue de trouver une solution qui associe un meilleur accès aux médicaments et un contrôle plus strict de leur utilisation. Avec KNCV, Harvard/Partners-in-Health, les CDC (Etats Unis d'Amérique), Médecins sans Frontières (MSF) et le programme péruvien de lutte antituberculeuse, un Comité Feu vert a été créé pour examiner les propositions relatives aux projets DOTS-Plus et ouvrir la voie à des achats groupés de médicaments de seconde intention. Grâce à des négociations avec l'industrie pharmaceutique et avec MSF, les coûts des médicaments de seconde intention ont sensiblement diminué en 2000, dans certains cas de plus de 95 %. Des prix de faveur sont maintenant octroyés pour les projets DOTS-Plus qui ont obtenu l'approbation du Comité Feu vert.

3. RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT DE PRODUITS CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

42. Les principaux progrès et les principales réalisations du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR) sont résumés ci-après. On trouvera des détails complets sur les progrès réalisés au cours des deux années 1999-2000 dans le rapport du Programme dont sera saisi le Comité conjoint de Coordination à sa vingt-quatrième session, qui se tiendra à Genève les 25 et 26 juin 2001. Des exemplaires du rapport seront à la disposition des participants à la réunion des Parties intéressées.

43. Les travaux sur les formes cutanées de l'onchocercose ont aidé à établir les plans du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) en vue d'éliminer cette maladie grâce à la distribution d'ivermectine. La meilleure connaissance de ces formes cutanées et la sensibilisation au problème ont facilité l'action entreprise par les agents de santé pour associer les communautés touchées aux programmes annuels de traitement par dose unique et les amener à pratiquer et à payer le traitement elles-mêmes.

44. Dans le cadre de l'étude des bases moléculaires de la résistance des moustiques au parasite du paludisme, on a identifié les principaux *loci* correspondant aux gènes responsables de l'interruption du développement parasitaire chez le moustique (ces gènes sont ensuite transférés à des moustiques sensibles). Le facteur responsable de l'activation des gamètes, stade précoce du cycle évolutif du parasite, chez les moustiques sensibles s'est avéré être l'acide xanthurénique. Un certain nombre de récepteurs éventuels (par exemple, des enzymes) à la surface des cellules du moustique que le parasite reconnaît avant d'envahir la cellule ont été identifiés, de même que 20 gènes de la réponse immunitaire (protéases, inhibiteurs des protéases et facteurs de transcription) provenant du moustique *Anopheles gambiae*. Un effort international de recherche sur la génomique de *Anopheles* a été entrepris ; il s'agit d'un nouvel outil qui devrait permettre de mieux comprendre et freiner le développement du parasite du paludisme chez les moustiques.

45. L'élaboration d'outils génétiques et moléculaires pour l'obtention d'un moustique résistant au paludisme a été décrite en 2000 pour *Anopheles stephensi*, l'un des principaux vecteurs du paludisme dans les zones urbaines du sous-continent indien. Le recours à ce système et son application au principal vecteur du paludisme humain en Afrique, *Anopheles gambiae*, vont accélérer la compréhension de la

physiologie des moustiques vecteurs de la maladie et leur interaction avec le parasite du paludisme et pourraient, en dernière analyse, déboucher sur le remplacement de populations de moustiques sauvages par des souches « sûres » de moustiques incapables de transmettre le paludisme.

46. De nouvelles données de terrain sur la structure des populations d'*Anopheles gambiae* livrées par des études sur les variations génétiques entre populations indiquent qu'il existe une barrière historique ou actuelle au flux de gènes de cette espèce, qui est le principal vecteur en Afrique. Par croisement entre des espèces de moustiques qui piquent l'être humain et des espèces qui piquent l'animal, on a identifié des protéines et des gènes dont on pense qu'ils sont associés à la reconnaissance des odeurs humaines et l'on a pratiqué le clonage et la caractérisation initiale de plusieurs classes de ces gènes olfactifs chez *Anopheles gambiae*.

47. L'étude du génome parasitaire a donné d'excellents résultats et débouché sur une augmentation exponentielle du catalogue des séquences connues du parasite. Toutes les bases de données sur le génome parasitaire des projets de génomique sont disponibles dans le domaine public. Les études de postgénomique peuvent donc exploiter les bases de données pour une analyse fonctionnelle, ce qui donne aux chercheurs de pays d'endémie une occasion idéale de faire des travaux de pointe.

48. On est en train d'évaluer l'efficacité des cartouches fumigènes, qui permettent de lutter contre le moustique *Aedes aegypti* vecteur du virus de la dengue. Le programme APOC utilise maintenant les méthodes d'évaluation rapide issues d'études qu'il a parrainées pour repérer les villages particulièrement exposés au risque d'onchocercose et de filariose. Une fois ces villages repérés, on peut pratiquer une seule chimiothérapie annuelle à l'ivermectine.

49. Le programme a aidé à prouver l'efficacité de principe des moustiquaires traitées par un insecticide. La démonstration de l'efficacité de ces moustiquaires a encouragé le secteur privé à se lancer dans le développement de produits et a permis de mettre récemment sur le marché des innovations telles que des trousseaux pour imprégner soi-même les moustiquaires, des moustiquaires plus durables et des moustiquaires qu'il n'y a pas besoin de réimprégner.

50. L'administration d'artéméther en injection intramusculaire pour le traitement du paludisme grave a été élargie à plus de 30 pays d'endémie et ce médicament a été inclus (pour usage restreint) dans la Liste modèle OMS des médicaments essentiels.

51. Le traitement de masse de la filariose lymphatique repose sur l'administration d'une seule dose de deux médicaments. Telle est la base de la stratégie d'élimination de la filariose lymphatique d'ici 2020 et le programme a joué un rôle essentiel pour en démontrer l'innocuité et l'efficacité. Depuis le lancement du programme de traitement de la filariose lymphatique en 2000, GlaxoSmithKline a fourni 34 millions de comprimés d'albendazole par l'intermédiaire de l'OMS, celle-ci a facilité l'achat de 115 millions de comprimés de DEC et Merck & Co. a fourni de l'ivermectine pour les programmes de lutte contre la filariose lymphatique au Ghana, au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie.

52. Une étude du Wellcome Trust sur le financement international de la recherche sur le paludisme a conclu que, sur les six principaux organismes de financement et par rapport à l'investissement financier de chacun d'eux, c'était le programme qui possédait le plus grand nombre de financeurs par unité d'investissement et le plus de financeurs au total, et que sa performance était égale à celle des autres grands organismes de financement.

53. Dans le cadre d'une autre étude du Wellcome Trust sur la capacité de recherche sur le paludisme en Afrique, le programme est arrivé en tête pour tous les indicateurs utilisés (source de financement pour les laboratoires africains de recherche sur le paludisme, maîtrise et doctorat). Une analyse de Harvard University a montré que le programme était la principale source de financement de la recherche sur la trypanosomiase africaine, la leishmaniose, la lèpre, le paludisme et l'onchocercose et la deuxième source pour la maladie de Chagas, la filariose et la schistosomiase. Plus de 80 % des documents financés par le programme étaient cités au moins une fois.

54. D'anciens boursiers forment de jeunes chercheurs pour leur apprendre à créer des équipes de recherche et à encourager les partenariats. Ces anciens boursiers ainsi que les institutions qui bénéficient d'un appui jouent désormais un rôle essentiel dans la recherche ainsi que dans l'action de lutte et la définition des politiques de santé aux niveaux national, régional et international. Le transfert de technologie se fait par le biais d'échanges de chercheurs locaux et étrangers ainsi que par la formation de chercheurs dans des domaines spécialisés dans des pays en développement comme dans des pays développés (par exemple en Thaïlande).

55. Le site Web et le serveur de liste sont devenus d'importants moyens par lesquels le TDR diffuse et échange l'information. Les informations essentielles sont simultanément affichées sur le site Web et sur le serveur de liste. La liste des chercheurs du programme compte plus de 1500 personnes, dont 35 % sont des chercheurs de pays en développement. Les informations nouvelles sont adressées au site Web et au serveur de liste quasiment tous les jours.

56. Le programme a établi des lignes directrices (procédures types d'exploitation) pour les chercheurs cliniques ainsi qu'un manuel pour la formation aux bonnes pratiques de laboratoire, et il met actuellement au point un manuel sur ces bonnes pratiques qui servira de document de référence pour la qualité des activités de laboratoire dans les pays d'endémie. De plus, il est en train de mettre au point un document qui sera utilisé dans les domaines de recherche où il n'existe pas pour l'instant de réglementation.

4. PALUDISME

57. Des bilans trimestriels de la contribution de l'OMS au partenariat Faire reculer le paludisme ont été achevés et publiés, les actions menées dans les pays ont été examinées et un système de notification compte tenu du plan de travail composite a été mis sur pied dans tous les bureaux de l'OMS. Des articles ont régulièrement été communiqués à des médias internationaux et régionaux, 14 communiqués de presse ont été publiés et l'on a répondu à plus de 140 demandes adressées par des médias. Un bulletin d'information a été créé et une action de publicité régionale et internationale menée grâce à la mobilisation de champions olympiques africains. Des ressources supplémentaires ont été mobilisées auprès de 10 grands donateurs.

58. La troisième réunion des partenaires mondiaux a adopté le principe d'un partenariat souple avec des réunions consultatives annuelles. Un document de réflexion sur le partenariat du secteur privé a été présenté à la réunion, et les travaux se sont poursuivis avec plusieurs entreprises du secteur privé. Un forum a été organisé sur les partenariats avec les organisations non gouvernementales dans les situations d'urgence complexes. Des réunions de consensus pour les pays touchés par le paludisme ont été organisées dans toutes les Régions de l'OMS. Des structures de partenariat ont été mises au point ou remaniées dans plus de 70 % de ces pays, et des analyses de situation ainsi que la mise au point d'une stratégie ont été achevées pour plus de 50 % d'entre eux. Une base de données sur les actions entreprises pour faire reculer le paludisme a été créée et une première mise à jour effectuée.

59. Une consultation officieuse a été organisée afin de mettre à jour les directives pour le traitement antipaludique, des ressources ont été mobilisées pour la mise en oeuvre des plans de pays (l'accent étant mis spécialement sur les actions de lutte communautaire) et des directeurs de programme de pays d'endémie ont été formés à la planification et la mise en oeuvre des mesures aux niveaux des pays et des communautés. Un appui et des avis techniques ont été fournis à divers pays, régions et partenaires concernant plusieurs aspects de la lutte antipaludique, notamment dans les situations d'urgence complexes et lors d'épidémies.

60. On a établi la première version d'un document soulignant les approches stratégiques à adopter face aux besoins de recherche et développement et plusieurs pays ont reçu un appui pour des travaux de recherche opérationnelle. On a travaillé à la mise au point d'un mécanisme de renforcement des ressources humaines et des capacités institutionnelles en vue de mener des actions fondées sur des bases factuelles pour faire reculer le paludisme. Des fonds de démarrage ont été fournis pour lancer des travaux de recherche et développement hautement prioritaires.

61. On a fait le point des principaux facteurs qui facilitent ou entravent le développement des partenariats nationaux pour faire reculer le paludisme. La carte des voies de distribution des biens de consommation est en cours d'établissement, et une stratégie de communication sexospécifique a été mise au point pour être appliquée à l'aide des mécanismes de développement durable de la FAO. Les questions de sexospécificité et d'équité ont été abordées dans le cadre d'autres activités. Un document sur l'économie du paludisme a été préparé et une analyse institutionnelle faite dans la Région africaine de l'OMS.

62. Un avant-projet de lignes directrices techniques a été établi sur la méthodologie de suivi, y compris les indicateurs à utiliser. Trois missions d'appui ont été organisées en 2000 dans des pays africains en vue d'élaborer des plans et méthodes pour la collecte et l'analyse des données. Un réseau de systèmes de surveillance géographique (18 sites dans 13 pays) a bénéficié d'un appui pour déterminer la mortalité par âge et par cause dans différentes régions à forte transmission paludéenne. Un atelier a été organisé à Ouagadougou (Burkina Faso) sur la normalisation des estimations de la transmission.

5. TUBERCULOSE⁷

Cadre d'action pour l'initiative Halte à la tuberculose – partenariat mondial pour cette initiative

63. La Conférence ministérielle sur la tuberculose et le développement durable, qui s'est tenue à Amsterdam en mars 2000, a marqué une étape importante dans l'évolution du partenariat mondial Halte à la tuberculose. Les ministres de la santé, des finances et de la planification du développement de 20 pays qui représentent près de 80 % de la charge mondiale de la tuberculose y participaient, de même que des représentants de haut niveau d'organisations du système des Nations Unies, de pays donateurs et d'institutions techniques.

64. Les 20 pays où la tuberculose représente une charge de morbidité élevée se sont engagés à accélérer les efforts de lutte contre l'épidémie de tuberculose afin de parvenir aux cibles mondiales fixées pour 2005, et ils ont demandé un appui supplémentaire à la communauté internationale dans la Déclaration

⁷ Voir également les paragraphes 32 à 41.

d'Amsterdam visant à faire barrage à la tuberculose. En mai 2000, l'Assemblée mondiale de la Santé a entériné la Déclaration d'Amsterdam et transmis l'appel à l'action à tous les Etats Membres.

65. A la suite de la Conférence ministérielle, des représentants des pays où cette maladie représente une charge de morbidité élevée ont rencontré des représentants de l'OMS et des principales organisations partenaires au Caire (Egypte) en novembre 2000, à l'occasion de la première réunion du groupe de travail sur l'extension de la stratégie DOTS, pour examiner la planification nationale de l'action antituberculeuse. Pour bon nombre des programmes antituberculeux représentés, on a soumis des plans détaillés et précisé les grandes stratégies opérationnelles qui seraient nécessaires pour développer l'accès à la stratégie DOTS et en améliorer la qualité.

Renforcement du partenariat Halte à la tuberculose pour donner suite à la Déclaration d'Amsterdam

66. Plusieurs réunions ont été organisées à la suite de la Conférence ministérielle pour veiller à ce que toutes les Parties aient accès au partenariat mondial Halte à la tuberculose et pour affiner les diverses composantes du partenariat.

67. La réunion d'examen de l'initiative Halte à la tuberculose qui s'est tenue à Washington (Etats-Unis d'Amérique) en juin 2000 a permis de faire l'accord entre les partenaires sur diverses questions telles que les principes de travail fondamentaux du partenariat, les structures de fonctionnement minimales comme le Forum des partenaires ainsi que les groupes de travail et les activités du dispositif mondial de financement des médicaments afin d'aider à accélérer les activités de lutte antituberculeuse (voir les paragraphes 69 et 70).

68. Le forum spécial des partenaires de l'initiative Halte à la tuberculose, réuni à New York en juillet 2000, a rassemblé pour la première fois diverses organisations traditionnellement associées à la lutte antituberculeuse ainsi que de nouveaux partenaires dans les buts suivants : faire le point de la situation actuelle de l'initiative Halte à la tuberculose, approuver un mécanisme pour appuyer l'initiative et créer des groupes de travail chargés de suivre les progrès accomplis.

Dispositif mondial de financement des médicaments

69. Le dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux a pour but d'élargir l'accès aux antituberculeux et d'accroître la disponibilité d'antituberculeux de qualité pour faciliter l'extension mondiale de la stratégie DOTS. Il permettra aux gouvernements et aux organisations non gouvernementales de mener des programmes efficaces de lutte antituberculeuse fondés sur la stratégie DOTS. En garantissant à temps l'approvisionnement en médicaments de qualité, il complétera d'autres activités destinées à améliorer la couverture et la qualité des activités mondiales de lutte antituberculeuse.

70. Des progrès rapides ont été faits vers la mise en place du dispositif en 2000. A la suite de la Conférence ministérielle et de la réunion spéciale des partenaires à New York en juillet 2000, le secrétariat de l'initiative Halte à la tuberculose s'est attaqué immédiatement aux questions liées à la création du dispositif, notamment la mise au point de systèmes d'achat, les questions juridiques/financières ainsi que l'administration et le fonctionnement du dispositif. Un avant-projet de document sur la raison d'être du dispositif et ses principes opérationnels a été soumis à la première réunion du groupe de travail de l'initiative sur l'extension de la stratégie DOTS qui s'est tenue au Caire en novembre 2000. Le secrétariat de l'initiative a été chargé de mettre au point et de faire fonctionner un dispositif à « filière rapide ».

Communication et action de plaidoyer

71. La communication est le fondement même des stratégies de l'initiative Halte à la tuberculose en matière de plaidoyer et de relations avec les médias pour mobiliser une volonté politique et des ressources humaines et financières et développer la participation de toute une gamme de partenaires multisectoriels, dont les organisations du système des Nations Unies, des institutions bilatérales, des organisations non gouvernementales, des fondations, des entreprises du secteur privé et des établissements de recherche. Parmi les activités entreprises en 2000 dans ce domaine, on peut citer les suivantes : préparation de la documentation pour l'action de plaidoyer de la Journée mondiale de la Tuberculose en 2000, par exemple bulletin d'information et rapport Halte à la tuberculose 2000 ; mise à jour régulière du site Web de l'initiative et création d'un serveur de liste pour le courrier électronique, qui comprend près de 2000 membres ; relations avec les médias, notamment production de cinq cassettes vidéo et de guides de formation, de dossiers de presse et d'aide-mémoire ; mise au point et publication de la deuxième version de la série de lignes directrices pour la mobilisation sociale intitulée *La lutte antituberculeuse dans la perspective des droits de l'homme* ; préparation de diverses publications en prévision ou dans le cadre du suivi de la Conférence d'Amsterdam ; organisation d'ateliers de plaidoyer et de mobilisation sociale à Conakry (Guinée) et à Katmandou (Népal). Ces réunions s'inscrivent dans un effort plus large pour mobiliser des organisations non gouvernementales nationales et internationales, des organisations bénévoles de défense des patients, des groupes confessionnels et des sociétés professionnelles.

Manifestations spéciales

72. Dans le sillage de la Conférence ministérielle organisée en mars 2000, des réunions de suivi ont été organisées aux niveaux national, régional et mondial. Des réunions régionales ont eu lieu en 2000 dans toutes les Régions de l'OMS, à l'exception de la Région africaine (où la réunion a eu lieu en mars 2001). D'autre part, les efforts ont été axés sur l'instauration de partenariats nationaux pour faire barrage à la tuberculose dans plusieurs pays où la maladie représente une charge de morbidité particulièrement élevée, notamment la République démocratique du Congo, le Kenya, le Nigéria, le Pakistan et l'Afrique du Sud. L'aide apportée à ces pays a consisté à donner des avis sur la lutte antituberculeuse dans le contexte des réformes du secteur de la santé, la prise en charge coordonnée de la tuberculose parmi les actions prioritaires en matière de soins et l'instauration de coalitions entre les communautés, les organisations non gouvernementales, les ministères et départements, le secteur privé et les institutions et organisations du système des Nations Unies.

= = =