



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

REUNION DES PARTIES INTERESSEES

GENEVE, 18-29 JUIN 2001

Santé familiale et communautaire

Rapport annuel 2000

Sexospécificités et santé des femmes¹

1. L'OMS est consciente de l'interaction complexe entre la pauvreté, les inégalités fondées sur le sexe et les violations des droits de l'être humain, qui continuent d'avoir un impact négatif sur la santé des femmes et entravent les efforts déployés pour améliorer la santé des femmes. De plus, tandis que la santé génésique reste un élément essentiel de la santé des femmes pendant une majeure partie de leur vie – spécialement là où la prévalence du VIH/SIDA est très élevée –, les changements mondiaux tels que l'allongement de l'espérance de vie, la baisse de la fécondité, le développement des opportunités économiques et les transformations épidémiologiques nécessitent l'inclusion dans les programmes concernant la santé des femmes des questions importantes tout au long de la vie des femmes. Les objectifs fixés pour l'exercice 2000-2001 pour relever ce défi sont les suivants :

- formuler une politique globale relative à la santé des femmes ;
- générer et diffuser les données factuelles sur les questions relatives à la santé des femmes, compte tenu des domaines négligés et des problèmes émergents ;
- fonder l'action menée sur les données factuelles issues des recherches et encourager l'inclusion des problèmes de santé des femmes dans les politiques et les programmes nationaux et internationaux.

2. Le programme de travail concernant la santé des femmes pour l'exercice 2000-2001 peut donc être présenté succinctement en trois volets, comme suit :

Elaboration de la politique

Etude et examens systématiques de certaines questions émergentes ou négligées

Formulation de l'action et des activités de sensibilisation sur la base des données factuelles.

¹ Appelé Santé de la femme jusqu'au 22 décembre 2000.

ELABORATION DE LA POLITIQUE

3. En 2000, l'OMS s'est employée à énoncer la politique à mener dans le domaine de la santé des femmes. A cet effet, elle a consulté ses partenaires, y compris les Régions et les autres programmes de l'OMS. Des discussions ont été organisées à l'occasion de visites dans les bureaux régionaux, ainsi qu'une consultation avec les conseillers régionaux/points focaux sur la santé des femmes en octobre 2000. Il en est résulté un projet de document d'orientation qui décrit les questions principales, recense les enjeux majeurs et présente des données sur la nature spécifique des problèmes de santé des femmes tout au long de la vie ; le document vise à formuler des principes de travail et à générer une stratégie pour la santé des femmes. L'un des éléments principaux de cette politique est l'inclusion d'une analyse sexospécifique axée sur la santé des femmes et des hommes.

ETUDE ET EXAMENS SYSTEMATIQUES DE CERTAINES QUESTIONS EMERGENTES OU NEGLIGÉES

4. Les activités concernant la recherche et les données factuelles ont répondu à la nécessité de traiter des sujets en rapport avec les discussions internationales sur la santé des femmes et les interventions destinées à l'améliorer, et elles complètent le travail en cours à l'OMS, soit en intégrant une perspective santé des femmes dans les activités et les projets d'autres domaines de travail, soit en traitant d'autres sujets importants qui ne sont pas couverts ailleurs. En 2000, l'OMS a entrepris des examens systématiques dans les domaines suivants :

- a) schémas d'utilisation des médicaments par les hommes et les femmes ;
- b) santé des femmes d'un bout à l'autre de l'existence, l'attention portant spécialement sur la santé déclarée des femmes à différents âges, et comparée à la santé déclarée des hommes ;
- c) accès aux soins de santé et utilisation de ces soins, et perception des services de santé par les femmes ;
- d) définition d'indicateurs pour surveiller la santé des femmes.

5. Les travaux concernant ces quatre questions n'en sont pas au même stade. Le projet sur les schémas d'utilisation des médicaments est le plus avancé. Une étude a été proposée, des établissements partenaires ont été recensés pour la phase pilote (Université du Massachusetts et Université d'Amsterdam) et des instruments de recherche sont à l'essai. En 2001, l'étude se déroule en quatre points ; les résultats préliminaires, qui devraient être disponibles avant la fin de l'année, seront utilisés pour rédiger le protocole d'une grande étude comparative qui sera menée dans des pays du Nord et du Sud.

6. Un examen des données factuelles concernant la santé des femmes tout au long de la vie a été effectué. Pour compléter les travaux réalisés dans différents domaines de travail de l'OMS sur l'adolescence, le vieillissement et le cycle de vie, une étude exploratoire du passage à l'âge adulte en Afrique a été entreprise ; elle vise à déterminer les liens entre la santé et d'autres aspects de la vie des adolescents et à trouver les moyens d'inclure des idées locales dans les travaux sur les sexospécificités, l'adolescence et la santé.

7. D'autres activités en cours visent à définir le contenu des services de santé accueillants pour les femmes ; et à définir des indicateurs appropriés de la santé des femmes. Les apports régionaux sont importants compte tenu de l'influence des facteurs définis localement sur la construction des sexospécificités et sur la formulation des problèmes de santé par les femmes et leur capacité à prendre des mesures pour protéger ou améliorer leur propre santé. Un certain nombre de bureaux régionaux ont travaillé sur les indicateurs, et l'intégration de leur expérience dans les plans de travail est en cours.

8. L'étude menée dans plusieurs pays sur la violence à l'encontre des femmes, qui vise à rassembler les connaissances requises pour étayer la politique et l'action dans ce domaine, se poursuit. Le projet fournit des données sur la prévalence, les déterminants et les facteurs de risque et de protection apparentés et les conséquences pour la santé provenant d'un groupe de pays variés. Parmi les travaux accomplis en 2000 figurent l'établissement d'un questionnaire de base, la mise au point de manuels de terrain et d'un système de saisie de données et l'achèvement de la formation et de la collecte des données dans les pays suivants : Brésil, Japon, Pérou, Samoa et Thaïlande. Des recherches préparatoires, des traductions et des essais sont en cours au Bangladesh, en Namibie et en République-Unie de Tanzanie. La deuxième réunion du comité directeur d'experts de l'étude faite dans plusieurs pays sur la violence à l'encontre des femmes, qui s'est tenue à Genève du 4 au 6 décembre 2000, a examiné l'état d'avancement de l'étude et convenu de recommandations relatives à l'analyse, l'interprétation et la diffusion de matériels pour assurer la bonne utilisation des résultats. Lors de leur réunion annuelle, les équipes de recherche des pays ont échangé des informations et évoqué leur expérience et entrepris l'analyse et la rédaction des rapports de pays.

9. Des recherches ont aussi été entreprises pour mesurer les séquelles obstétricales des mutilations sexuelles féminines. Une étude a débuté dans six pays d'Afrique (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigéria, Sénégal, Soudan). La phase pilote est presque achevée et les résultats préliminaires seront disponibles sous peu.

FORMULATION DE L'ACTION ET DES ACTIVITES DE SENSIBILISATION SUR LA BASE DES DONNEES FACTUELLES

10. Un certain nombre d'activités de sensibilisation et d'éducation du public ont eu lieu en 2000. Plusieurs manifestations contre les mutilations sexuelles féminines en Europe ont été axées sur les communautés immigrées et elles ont permis de présenter des exemples d'approches intégrées et complètes associant des stratégies juridiques, sanitaires et sociales. Une réunion a ainsi été organisée par le Parlement européen pour sensibiliser davantage l'opinion aux mutilations sexuelles féminines, promouvoir leur élimination et améliorer les soins aux femmes ayant subi ces mutilations.

11. La principale occasion de diversifier les activités de sensibilisation et d'éducation concernant la santé des femmes a été offerte par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur Beijing +5. Lors des réunions préparatoires de la Commission sur le Statut des Femmes en mars et de la session extraordinaire en juin, le Département Santé des femmes et divers autres programmes du Siège ainsi que les groupes focaux de l'OMS/conseillers régionaux pour la santé des femmes de trois Régions ont soutenu des groupes d'experts, des ateliers et des manifestations spéciales sur des sujets tels que la santé mentale des femmes, la santé des femmes dans le développement rural, la violence à l'encontre des femmes, les femmes et les maladies auto-immunes. L'OMS a rédigé 17 fiches analytiques dans deux langues sur des questions relatives à la santé des femmes, qui ont été distribuées et discutées.

12. On s'est efforcé d'appliquer les connaissances et les données factuelles relatives aux questions négligées ou émergentes concernant la santé des femmes. A partir des travaux existants, les activités relatives aux mutilations sexuelles féminines ont été portées à la connaissance du secteur de la santé et du public par la promotion et la diffusion de matériels techniques et de sensibilisation. Le projet mené conjointement avec Santé et recherche génésiques sur la définition et la diffusion des meilleures pratiques de prévention des mutilations sexuelles féminines au Nigéria, au Kenya, au Burkina Faso, au Ghana et au Cameroun, qui a débuté en 1999, s'est poursuivi. Un guide de l'enseignant, un manuel de l'étudiant et des lignes directrices pour l'inscription du sujet des mutilations sexuelles féminines au programme d'études en soins infirmiers et obstétricaux ont été mis à l'essai en Erythrée et au Nigéria. Un film vidéo « The road to change » a été largement distribué aux décideurs, organisations non gouvernementales et établissements, notamment dans les pays où les mutilations sexuelles féminines sont encore pratiquées. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a reçu un appui pour organiser un atelier (Egypte, 6-9 mars 2000) visant à évaluer l'étendue des activités nécessaires pour éliminer les mutilations sexuelles féminines dans la Région et pour examiner la possibilité d'inclure ces activités dans les programmes de santé génésique et familiale.

13. Un certain nombre d'activités concertées réunissant les Régions et le Siège ont continué en 2000 et elles seront le point de départ de nouvelles actions. Ce sont par exemple les travaux sur l'impact sanitaire de l'alphabétisation fonctionnelle et des activités d'autonomisation économique (études de cas portant sur plusieurs Régions) ; les travaux du Bureau régional de l'Europe sur la santé des femmes des minorités en Europe ; la préparation d'un plan d'action stratégique de plusieurs années pour la santé des femmes en Europe et une étude sur les femmes et le tabac dans les pays en développement mise au point par l'Université de Witwatersrand, en Afrique du Sud.

14. En consultation avec le comité de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, l'OMS a entrepris de formuler des lignes directrices à l'usage des personnels de terrain travaillant avec les Etats Membres à l'établissement de données sur la santé des femmes à inclure dans les rapports des Etats Parties au comité. En novembre, en collaboration avec l'ONUSIDA et la Division des Nations Unies pour la Promotion de la Femme, l'OMS a coparrainé la réunion d'un groupe d'experts sur l'épidémie de VIH/SIDA et ses incidences pour les femmes en Namibie.

SANTE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (CAH)

15. Le Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent vise à assurer la bonne croissance et le développement des 0-19 ans, afin de permettre aux jeunes de développer tout leur potentiel. En 2000, CAH a poursuivi ses efforts pour réaliser cet idéal en soutenant la recherche-développement de qualité, la planification et le soutien systématiques d'activités régionales et nationales, et l'utilisation efficace de la surveillance et de l'évaluation. CAH a l'un des plus importants programmes de recherche au sein de l'OMS, et il s'est doté de mécanismes permettant de traduire rapidement les résultats des recherches en politiques et en pratique.

16. CAH continue de renforcer les maillages ayant un effet catalyseur à l'OMS, dans les organisations du système des Nations Unies, les organismes bilatéraux, les organisations non gouvernementales et les fondations. Ces partenariats servent à CAH à renforcer son potentiel et à étendre l'application de la prise en charge des maladies de l'enfance (PCIME) et des interventions pour la santé et le développement des adolescents.

17. CAH conduit l'Organisation vers une approche unifiée de la promotion et de la protection de la santé des enfants et des adolescents. En 2000, un avant-projet de stratégie OMS pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent a été élaboré en collaboration avec tous les bureaux régionaux de l'OMS. CAH a créé un forum international pour susciter des idées nouvelles concernant l'élaboration de la stratégie. La première étape de cette initiative a été la réunion *Future Think* à Genève en novembre 2000, au cours de laquelle 15 spécialistes de la santé des enfants et des adolescents de toutes les Régions de l'OMS ont examiné les défis futurs, les domaines nouveaux ou négligés de la santé des enfants et des adolescents et les recherches nécessaires sur les questions de santé émergentes.

18. En tant que point focal de l'OMS pour la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les enfants, CAH a présidé le groupe de travail inter-Groupes et régional pour la mise au point de toutes les communications sur la santé et il a coordonné l'examen des progrès de la réalisation des buts du Sommet mondial pour les enfants. La session extraordinaire, prévue pour septembre 2001, conviendra d'un programme sur les enfants et les adolescents pour la prochaine décennie.

19. Les efforts visant à utiliser la Convention relative aux droits de l'enfant comme mécanisme pour améliorer la santé des enfants se sont poursuivis avec la rédaction de rapports de situation sur 12 pays et la tenue d'ateliers de renforcement des capacités pour le personnel de l'OMS dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe.

20. Pendant l'année 2000, CAH a été associé à trois grands domaines d'activité portant directement sur les problèmes de la pauvreté et de l'équité. Premièrement, le Département a contribué à l'initiative mondiale visant à encourager un effort massif contre les maladies de la pauvreté, en particulier le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les maladies de l'enfance et les affections maternelles. Deuxièmement, la PCIME est l'une des principales interventions visant à améliorer les résultats sanitaires des pauvres sur lesquelles portera l'analyse des coûts d'élargissement faite par la Commission Macroéconomie et Santé, et le Département a fourni un apport technique pour cette analyse en cours. Troisièmement, CAH a contribué aux consultations sur la santé et la réduction de la pauvreté organisées au sein de l'OMS et par ses partenaires.

21. Le milieu familial et communautaire dans lequel vivent les enfants est déterminant pour leur santé, leur croissance et leur développement. Pour l'enfant qui passe de la petite enfance à l'enfance et à l'adolescence, l'importance relative de la famille, des soins de santé et de l'environnement physique et social évolue. Dans ce domaine, l'OMS a privilégié l'allaitement au sein, l'alimentation du jeune enfant et du nourrisson, l'apport en micronutriments par la supplémentation, le développement de l'enfant et de l'adolescent, le recours aux soins pour les enfants et les nouveau-nés, la pollution dans les espaces clos, la planification de la composante communautaire de la PCIME et la promotion de communautés sûres et favorables pour les adolescents. En 2000, les activités principales ont été les suivantes :

- Dans le domaine de la nutrition, un projet de document sur la composition du lait maternel et ce en quoi il diffère du lait animal ou artificiel a été rédigé ; un document sur un cours relatif au VIH et aux conseils concernant l'alimentation du nourrisson à l'intention des dispensateurs de soins s'occupant de l'alimentation des nourrissons dans des situations à haut risque de transmission du VIH est actuellement utilisé dans quatre pays ; les résultats de recherches faites récemment en Inde ont montré que la supplémentation en zinc réduit la morbidité diarrhéique chez les enfants et qu'il est possible d'obtenir des niveaux élevés d'observance de la supplémentation par les mères.

- Des recherches sur les réactions familiales face à la maladie et aux problèmes de santé ont observé que 1) les interventions destinées à améliorer le recours aux soins pour les nouveau-nés peuvent réduire la mortalité, mais que des investissements importants sont également nécessaires pour améliorer la qualité des services de santé disponibles ; et 2) les taux de visites ultérieures pour le suivi recommandé dans les établissements de santé PCIME au Soudan étaient élevés et que l'adoption de la PCIME s'était accompagnée d'une amélioration perçue de la qualité des services ; les communautés ont rénové leurs installations de santé à leurs propres frais.
- Un processus de planification des interventions destinées à améliorer les pratiques familiales concernant la santé des enfants a été adopté entre les partenaires dans le cadre d'un groupe de travail interinstitutions sur la PCIME par les foyers et la communauté. Trente-huit pays répartis dans les six Régions de l'OMS mettent actuellement en oeuvre des activités communautaires pour la santé des enfants dans le cadre de la PCIME.
- Dans le cadre des travaux sur les communautés sûres et favorables pour les adolescents, menés en collaboration avec l'UNICEF, un guide d'évaluation et d'intervention rapides pour les jeunes particulièrement vulnérables a été adopté dans la Région de l'Europe. Une approche comparable est en préparation pour la prévention du tabagisme chez les jeunes. Une série de quatre publications décrivant des questions négligées concernant la santé et le développement des adolescents de sexe masculin, *What about boys?*, a été publiée et diffusée.

22. La PCIME demeure la principale stratégie de l'OMS pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. A la fin de 2000, plus de 80 pays appliquaient ou commençaient à appliquer la PCIME ; sur ce nombre, 22 introduisent la stratégie, 40 commencent à la mettre en oeuvre et 19 la développent. Au total, quelque 25 000 agents de santé ont été formés à la PCIME, dont plus de 8000 sont également formés au conseil en matière d'allaitement maternel. Des initiatives régionales et nationales ont en outre étendu la PCIME à la croissance et au développement psychosocial de l'enfant (dans les Régions des Amériques et de l'Europe), à la maltraitance et à l'abandon moral d'enfant (dans la Région de l'Europe) et aux soins aux nouveau-nés (dans les Régions des Amériques et de l'Europe).

23. CAH s'emploie à améliorer la prestation des services de santé pour les enfants et les adolescents en élaborant et en examinant des lignes directrices pour la prise en charge des cas en pratique clinique (y compris des projets sur la résistance aux antimicrobiens), des moyens d'aider les dispensateurs de soins à améliorer leurs compétences, de renforcer les systèmes de santé (y compris le transfert des malades et les soins d'urgence) et de renforcer les liens entre les établissements de santé et les communautés qu'ils desservent. En 2000 :

- Les recherches cliniques ont notamment permis d'établir que l'administration de SRO d'une osmolarité réduite aux enfants améliore la réponse clinique (selles réduites, moins de vomissements et diminution des besoins en perfusions) par rapport aux enfants traités au moyen des SRO standard. Le programme de recherche visant à combattre la résistance aux antimicrobiens s'est rapidement étendu. L'amoxicilline et le cotrimoxazole traitent aussi efficacement la pneumonie non grave – quel que soit l'antibiotique choisi ; un suivi approprié des enfants est indispensable pour prévenir une aggravation de la maladie.
- Parmi les activités de développement, l'élaboration de lignes directrices PCIME pour la prise en charge clinique des enfants vivant avec le VIH/SIDA a progressé. L'ensemble complet de matériels de formation des futurs dispensateurs à la PCIME, sur le point d'être achevé, utilise l'expérience des écoles de médecine et de soins infirmiers des pays en développement. Des lignes directrices

pour la fourniture de soins aux enfants dans les petits hôpitaux sans personnel spécialisé sont actuellement diffusées. Un instrument pour l'évaluation des dépenses liées à la mise en oeuvre de la PCIME dans un pays ou un district a été mis au point et essayé, et le renforcement des capacités a commencé.

- Dans le domaine des services de santé pour les adolescents, les travaux préparatoires à la consultation mondiale sur les services de santé accueillants pour les adolescents ont inclus un examen de la littérature, deux consultations régionales, des études de cas analytiques des initiatives remarquables dans les pays industrialisés et un aperçu des enseignements retirés dans d'autres domaines. Un contenu technique concernant spécifiquement les adolescents a été inclus dans un éventail de normes et directives OMS, notamment celles qui concernent la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.
- Tous les bureaux régionaux de l'OMS s'étaient dotés de plans d'action sur la santé et le développement des adolescents. Cinq bureaux régionaux ont déjà élaboré, ou s'y emploient actuellement, des stratégies régionales pour aider les pays à planifier des activités nationales pour la santé et le développement des adolescents.

24. Les travaux en matière de surveillance et d'évaluation ont été centrés sur quatre domaines spécifiques : élargissement de la base épidémiologique ; surveillance et évaluation dans les pays ; renforcement de la base de données factuelles pour les stratégies et les interventions ; et surveillance des buts mondiaux parallèlement à la sensibilisation à ces buts.

- L'enquête sur les établissements de santé PCIME a progressé dans trois Régions ; la mise au point de l'instrument est en passe d'être achevée. Des indicateurs PCIME ont été intégrés dans tous les principaux instruments fondés sur la population et des établissements de santé utilisés dans les pays en développement pour aider à faire en sorte que les ministères de la santé disposent de données régulières et utiles sur la santé des enfants.
- L'évaluation de l'efficacité, du coût et de l'impact de la PCIME faite dans plusieurs pays a été étendue à huit ou dix pays. Les premiers résultats provenant de la République-Unie de Tanzanie indiquent que la qualité des soins dans les districts avec PCIME a été sensiblement accrue.
- La première phase du projet de mesure de la santé et du développement des adolescents a été menée à bien après la définition et l'application d'un cadre de programmation et de mesure, l'établissement d'un ensemble de base de facteurs de protection et de risque et de la façon de les mesurer, et l'élargissement des capacités entre un réseau de sites participants.

SANTE ET RECHERCHE GENESIQUES (RHR)

25. Dans le cadre de RHR (Santé et recherche génésiques), l'OMS s'est fixé pour objectif général de renforcer la capacité des pays à permettre aux gens de promouvoir et de protéger leur propre santé et celle de leurs partenaires aux plans de la sexualité et de la reproduction et d'avoir accès à des services de santé génésique de qualité lorsqu'ils en ont besoin, et de bénéficier de tels services. Les activités sont principalement axées sur trois domaines principaux : régulation de la fécondité, santé maternelle et périnatale et infections génitales et sexuellement transmissibles.

26. Les faits saillants des activités menées en 2000 sont résumés ci-après ; de plus amples détails sur ces points et les autres activités sont donnés dans le rapport technique annuel RHR 2000.

Recherches pour l'amélioration de la santé génésique

27. Par le biais du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP), qui fait partie de RHR, l'OMS est en première ligne de la recherche internationale en santé génésique et de l'élaboration de politiques et de programmes efficaces fondés sur les résultats des recherches. Dans le domaine de la régulation de la fécondité, les résultats de la grande étude prospective de surveillance postcommercialisation du Norplant® (plus de 16 000 femmes suivies pendant plus de cinq ans) ont rassuré les décideurs quant à l'innocuité et l'efficacité de cet implant contraceptif. Les taux de grossesse observés chez les utilisatrices du Norplant® et après stérilisation (0,3 et 0,2 pour 100 années-femme, respectivement) étaient comparables et l'incidence des problèmes de santé majeurs était faible.

28. L'accès au traitement utilisant le lévonorgestrel mis au point par HRP pour la contraception d'urgence s'étend. La méthode est désormais enregistrée dans plus de 40 pays et l'enregistrement est attendu dans plusieurs autres. L'observation selon laquelle plus le traitement est précoce plus il est efficace a conduit plusieurs pays à le mettre en vente libre pour en faciliter l'accès. Une étude multicentrique faite dans trois pays d'Amérique latine (Brésil, Chili et Mexique) a montré que la contraception d'urgence est acceptable pour la majorité des personnes interrogées, pressant davantage les responsables politiques d'envisager l'adoption de la méthode.

29. La mise au point d'un contraceptif masculin injectable a progressé. Aucune grossesse n'a été enregistrée chez 308 couples suivis pendant plus d'une année en Chine dans le cadre d'une étude d'efficacité multicentrique sur l'administration à des intervalles de 6 semaines d'une préparation contenant exclusivement des androgènes. Une étude de phase III faite dans dix centres et portant sur 1000 couples est maintenant prévue.

30. Plusieurs essais plurinationaux dans le domaine de la santé maternelle et périnatale ont fourni de nouvelles informations aux responsables politiques et aux planificateurs de programme. Un essai randomisé (environ 24 000 femmes en Arabie saoudite, en Argentine, à Cuba et en Thaïlande) a par exemple évalué un nouveau modèle de soins prénatals qui met l'accent sur des tests, procédures cliniques et activités de suivi efficaces répartis sur quatre consultations en comparaison du modèle « occidental » standard. Des soins prénatals systématiques dispensés selon le nouveau modèle ont donné des résultats maternels et périnatals comparables, vraisemblablement à moindre frais.

31. Les résultats d'une évaluation multicentrique (18 000 femmes) du misoprostol pour la prévention des hémorragies du post-partum ont abouti à la conclusion que l'administration systémique d'oxytocine (10 UI) est préférable à 600 µg de misoprostol (par voie buccale) en milieu hospitalier où la prise en charge active du troisième stade du travail est la norme. D'autres recherches sont prévues sur l'utilisation du misoprostol et/ou de l'oxytocine en milieu non hospitalier et du misoprostol pour le traitement des hémorragies du post-partum.

32. Un essai randomisé a été fait dans cinq pays d'Amérique latine pour évaluer une stratégie destinée à réduire les césariennes non urgentes et superflues en subordonnant obligatoirement l'opération à un deuxième avis. La stratégie a contribué à une légère diminution du nombre des césariennes dans les 34 hôpitaux participants mais pas dans la mesure définie avant l'essai comme d'une importance clinique majeure.

33. Les recherches intéressant les infections génitales et sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, ont continué à se développer au cours de l'année. L'acceptabilité du préservatif a été le thème central de plusieurs projets. Dans le cadre d'une initiative associant six pays d'Afrique australe et orientale, les résultats déjà disponibles pour le Kenya établissent que divers facteurs continuent d'entraver l'usage efficace du préservatif : i) son association à un sentiment de méfiance et à la multiplicité des partenaires sexuels ; ii) les conflits générés par les messages religieux opposés à son utilisation ; et iii) les normes sexuelles, l'inégalité du pouvoir entre les sexes et la moindre capacité des femmes à convaincre leur partenaire de la nécessité de se protéger.

34. Entre-temps, les recherches sur l'acceptabilité faites en Thaïlande pour la mise au point de nouveaux préservatifs indiquent que les usagers préfèrent le préservatif de taille standard sans latex au préservatif ample sans latex et au préservatif standard en latex. Les essais sur l'intégrité structurelle des préservatifs féminins soumis à une désinfection *in vitro*, à un lavage et à un protocole de relubrification ont démontré la résistance des dispositifs aux défis chimiques. Une légère augmentation du nombre des préservatifs percés a néanmoins été observée. Des recherches supplémentaires sont en cours pour déterminer si la réutilisation du préservatif féminin en polyuréthane est sûre, et dans quelles conditions.

Elaboration de normes, d'instruments et d'interventions

35. Les résultats des recherches soutenues par HRP et d'autres recherches, joints à l'expérience directe du programme, sont utilisés pour élaborer les matériels normatifs et les conseils à l'usage des pays pour leurs programmes et leurs services. Le document *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale – Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* a été révisé ; la version publiée en 2001 contient les données scientifiques les plus récentes sur le bien-fondé de l'utilisation de méthodes contraceptives par des femmes atteintes de certaines affections. La première édition (1996), diffusée dans les six langues officielles de l'OMS ainsi qu'en indonésien et en vietnamien, a été utilisée par plus de 50 pays pour la mise au point et la révision des lignes directrices nationales pour la prestation des services de planification familiale.

36. Des directives ont été élaborées à l'appui de la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC). Il convient en particulier de citer dans ce contexte la publication, début 2001, de *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for doctors and midwives*, et de *Essential care practice guide for pregnancy, childbirth and newborn care*, mis à l'essai sur le terrain.

37. Le document *The female condom: A guide to planning and programming* a été publié en collaboration avec l'ONUSIDA. La collaboration avec le groupe de travail technique des contraceptifs mécaniques de l'Organisation internationale de Normalisation pour la révision de la *norme internationale pour le préservatif masculin en latex 4074* s'est également poursuivie.

38. Avec plusieurs autres domaines de travail et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, RHR a élaboré un manuel, *Reproductive health during conflict and displacement: A guide for programme managers*, qui donne des détails sur les questions programmatiques dont les administrateurs doivent tenir compte pour évaluer les besoins changeants en santé génésique pendant chaque phase des conflits et des déplacements de populations et répondre à ces besoins.

39. Deux consultations techniques ont été organisées pour donner des avis aux responsables politiques sur l'utilisation des traitements antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Une consultation pour l'élaboration de directives techniques et générales à l'usage des systèmes de santé sur les avortements sans risque a également été organisée.

Coopération technique avec les pays

40. RHR a continué à affiner son approche stratégique visant à élargir le choix et améliorer la qualité des soins dispensés dans les services de régulation de la fécondité et les autres services de santé génésique. L'approche stratégique comprend trois étapes. L'étape I privilégie l'interaction entre les usagers des services, les technologies disponibles et le système de prestation des services. Pendant l'étape II, des recherches sont faites pour tester les recommandations de l'étape I, afin d'améliorer la qualité des soins dans la prestation des services. L'étape III applique et diffuse les résultats des recherches issus de l'étape II qui sont utilisés pour élaborer et planifier la politique générale en vue d'une mise en oeuvre élargie.

41. En Chine, une évaluation de l'étape I a été effectuée à la demande de la Commission nationale de Planification familiale. Les thèmes principaux issus de l'évaluation incluaient notamment la nécessité : a) de renforcer la capacité des dispensateurs à fournir toutes les méthodes contraceptives disponibles dans le programme national de planification familiale en améliorant la qualité des soins ; b) de réduire le nombre des différents DIU fournis dans le cadre du programme et d'améliorer les aspects des soins liés à leur pose et à leur retrait ; et c) de renforcer le diagnostic et le traitement des infections génitales.

42. Les activités de l'étape II ont été menées à bien en Bolivie et en Afrique du Sud et elles se sont poursuivies au Myanmar et en Zambie tandis que d'importants progrès ont été faits en ce qui concerne la mise au point des recherches actives de l'étape II en Ethiopie et en République démocratique populaire lao. En Bolivie, par suite des travaux de l'étape II, les services de planification familiale sont devenus plus accessibles et le nombre des nouveaux adeptes est sensiblement plus élevé dans les services de santé qui participent au projet que dans les autres. Au nombre des principales réalisations du projet de l'étape II en Afrique du Sud figurent l'inclusion de la contraception d'urgence dans le programme national et l'élaboration d'une politique nationale de planification familiale et de directives relatives à la prestation des services, fondées sur une publication novatrice de RHR, *Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale – Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (voir ci-dessus).

43. Le Brésil est le premier pays où l'utilisation de l'approche stratégique a franchi les trois étapes. Les premières interventions ont notamment consisté à former des dispensateurs de soins et restructurer leur rôle, créer un centre de transfert pour la santé génésique, introduire l'acétate de médroxyprogestérone retard, instaurer un nouveau système d'information gestionnaire et un système d'encadrement de soutien, et créer des associations féminines communautaires qui participeront à la planification et à la gestion des services de santé génésique. Au cours des années ultérieures, la vasectomie et les services de santé génésique apparentés pour les hommes ont été ajoutés et un centre de santé génésique pour les adolescents a été créé. Malgré l'arrêt du financement, un grand nombre des initiatives du projet et des changements apportés dans la prestation des services sont maintenus. Etant donné la réussite des interventions, un certain nombre d'Etats et de municipalités ont demandé une aide technique pour appliquer cette approche.

Surveillance et évaluation

44. RHR a continué à orienter la définition des indicateurs de santé génésique et assuré la tenue des bases de données mondiales pour plusieurs indicateurs, suivi les progrès accomplis dans la réalisation des buts adoptés au plan international et évalué la charge mondiale de morbidité en matière génésique.

45. En juillet 2000, l'OMS a organisé la deuxième réunion interinstitutions sur les indicateurs de santé génésique pour la surveillance mondiale. Les participants ont estimé qu'il convenait d'ajouter deux indicateurs du VIH/SIDA à la liste existante de 15 indicateurs mondiaux pour surveiller la santé génésique. Depuis, les données disponibles ont été rassemblées sur les ensembles de données mondiaux des 17 indicateurs tenus par diverses organisations et une « trousse d'instruments OMS » pour la collecte et l'utilisation des indicateurs sortira en 2001. L'OMS a continué à tenir des bases de données de plusieurs indicateurs clés. Des estimations mondiales, régionales et nationales pour 1995 ont été publiées avec l'UNICEF et le FNUAP concernant le nombre des décès maternels, les taux de mortalité maternelle et le risque à la naissance de décéder des suites d'une grossesse.

46. L'initiative *Mapping best reproductive health practices*, qui en est à sa cinquième année, a continué à fournir les données factuelles sur l'efficacité des interventions de santé génésique. La *Bibliothèque de la santé reproductive* (BSR) de l'OMS, revue analytique électronique actualisée chaque année et publiée par RHR, est le principal outil de diffusion de cette activité. En 2000, le numéro 3 de BSR est paru en anglais et, pour la première fois, également en espagnol.

Santé génésique et droits de l'être humain

47. Un projet pilote dans le cadre de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque a donné le signal de la promotion d'une approche de la santé génésique fondée sur le respect des droits dans les pays. L'examen des besoins des systèmes de santé et des normes cliniques utilisées dans la prestation des soins à la mère et au nouveau-né est étayé par une analyse des droits de l'être humain qui fait appel à la cartographie des lois et politiques liées aux soins, et à l'attention accordée aux principes de l'équité, de l'accès et de la participation inscrits dans les droits de l'être humain.

48. Des données sur les indicateurs clés de la santé génésique tels que la mortalité maternelle et la couverture des soins de maternité ont été fournies aux organes des traités des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme qui veillent à ce que les pays s'acquittent de leurs obligations en matière de droits de l'homme. Une analyse des indicateurs a également été fournie pour guider les débats des commissions sur la santé génésique et sexuelle.

Pour une grossesse à moindre risque (MPS)

49. L'initiative est la contribution de l'OMS à l'initiative mondiale Pour une maternité sans risque. Sa mise en oeuvre est assurée aux niveaux mondial, régional et national par l'intermédiaire de partenaires nationaux et internationaux. L'initiative met l'accent sur les résultats sanitaires et sur l'amélioration des systèmes de santé pour atteindre des résultats à long terme, durables et d'un coût abordable pour la maternité sans risque. Cela suppose la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de soins maternels et néonataux. Les efforts doivent donc être axés sur le renforcement du système de santé à tous les niveaux, y compris au niveau primaire et au premier niveau de recours, et sur l'établissement de liens entre ces niveaux.

50. La mise en oeuvre de la stratégie de l'initiative passe par une collaboration avec les autres programmes de santé associés à divers domaines de travail intéressant de près la santé maternelle (par exemple VIH/SIDA ; Faire reculer le paludisme (RBM) ; Nutrition ; Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent ; Sécurité transfusionnelle et technologie clinique ; Halte à la tuberculose ; etc.). L'initiative travaille avec des partenaires de divers secteurs pour renforcer les capacités et étendre l'application des principales interventions techniques et des systèmes de santé nécessaires pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

51. L'initiative fait partie intégrante de l'action intensifiée contre les maladies de la pauvreté qui a recensé sept instruments efficaces de lutte contre les maladies dans les pays pauvres : DOTS, PCIME, RBM, PEV, IMPAC/MPS et le marketing social des préservatifs. Elle contribue à l'analyse en cours des interventions de base destinées à améliorer les résultats sanitaires des pauvres menée par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS. L'initiative se concentrera davantage sur la recherche et l'orientation des pays pour cibler des ressources pour la prestation durable d'interventions de santé maternelle et infantile prioritaires pour les couches les plus pauvres et les plus défavorisées de la population.

52. L'élaboration d'instruments techniques pour la santé de la mère et du nouveau-né est un élément critique de l'activité de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque dans les pays. La mise au point et l'affinement des lignes directrices IMPAC se sont poursuivis pendant l'année. Le document *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth – A guide for midwives and doctors*, publié en collaboration avec le projet de santé maternelle et néonatale (JHPIEGO), est approuvé par la Banque mondiale, l'UNICEF, le FNUAP, la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) et la Confédération internationale des Sages-Femmes. Le guide pratique *Essential care practice guide for pregnancy, childbirth and newborn care* a été mis à l'essai sur le terrain et les *Midwifery modules* pour la formation des instructeurs aux soins obstétricaux essentiels ont été révisés. L'élaboration d'un manuel sur les soins au nouveau-né a également continué. Les lignes directrices IMPAC devraient faciliter la mise en place des interventions factuelles nécessaires pour dispenser des soins de qualité à la mère et au nouveau-né à différents niveaux du système de soins. Un guide de planification destiné à aider les dispensateurs de soins à améliorer leurs compétences, renforcer les systèmes de santé et assurer la mise en oeuvre des principales interventions techniques pour la mère et le nouveau-né est en préparation.

53. L'initiative Pour une grossesse à moindre risque préconise la mobilisation de ressources supplémentaires pour les services de santé maternelle et infantile dans les pays. Elle encourage l'établissement de partenariats étroits aux niveaux mondial et national en vue de la création d'un consortium destiné à réduire la mortalité maternelle et néonatale. Ces actions resserreront l'association des partenaires à la mise en oeuvre des plans nationaux de santé maternelle et infantile ainsi que la coordination de leurs travaux. Au plan international, des contacts ont été établis avec un certain nombre de partenaires clés dans le domaine de la maternité sans risque tels que JHPIEGO, le projet de la Columbia University averting maternal death and disability, le projet Save the Mothers Fund (FIGO) et le projet Saving Newborn Lives (Save the Children). Un forum international sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile sera organisé en 2001 afin de renforcer l'engagement et les partenariats internationaux en faveur du mouvement pour une maternité sans risque.

54. Pendant sa première année, l'initiative Pour une grossesse à moindre risque (Siège et bureaux régionaux) s'est employée principalement à trouver le meilleur moyen de fournir des avis techniques et un soutien aux activités régionales et nationales. C'est ainsi qu'ont été recensés les domaines de travail prioritaires dans certaines Régions. L'initiative a entrepris des activités dans 10 pays (5 pays dans la Région de l'Afrique et un dans chacune des cinq autres Régions de l'OMS) et les informations recueillies seront utilisées pour faire bénéficier d'autres pays de cette expérience. Les 10 pays « phares » (Bolivie, Ethiopie, Indonésie, Mauritanie, Moldavie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République démocratique populaire lao et Soudan) ont été choisis par les Régions sur la base de critères préétablis tels que les taux élevés de mortalité maternelle, le nombre de décès, le nombre d'habitants, l'appui politique et l'engagement en faveur de la réforme du secteur de la santé. Le soutien technique fourni à ces 10 pays vise à accroître leur capacité à améliorer la qualité des soins, l'accès équitable et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, et à améliorer les pratiques familiales et communautaires de santé maternelle et infantile. L'initiative a aidé plusieurs de ces pays à élaborer et/ou réviser les plans de santé maternelle et infantile dans le contexte de la situation sanitaire existante et des politiques de santé nationales en vigueur et des réalités sociales, économiques et institutionnelles.

55. La mise en place de groupes spéciaux nationaux pour l'initiative est en cours, en même temps que la recherche d'un point focal dans chaque pays. Les groupes spéciaux, basés dans les ministères de la santé, assureront la coordination de l'initiative, en même temps que celle des partenariats. Un grand nombre des groupes spéciaux feront partie des comités pour la maternité sans risque existants, l'objectif étant de renforcer les mécanismes existants et d'éviter tout double emploi. Dans certains pays, des projets de plans d'action s'inspirant du travail déjà accompli dans le contexte de la maternité sans risque ont été élaborés.

56. Des liens avec d'autres partenaires ont été établis dans certains pays et l'adaptation des lignes directrices mondiales aux besoins nationaux a été entreprise. On s'emploiera à définir les besoins des systèmes de santé et à examiner la conception, la mise en oeuvre et la pérennité des principales interventions. On veillera tout spécialement à conseiller les pays sur la façon de mobiliser des ressources et d'assurer durablement les interventions de santé maternelle et infantile prioritaires pour les couches les plus pauvres et défavorisées de la population. L'initiative reconnaît, vu le large éventail des réalités du terrain, que les pays doivent adopter des stratégies différentes pour abaisser la mortalité maternelle et infantile. Un ou plusieurs pays bénéficieront d'une aide pour l'utilisation des données relatives aux systèmes de santé aux fins de l'analyse de leurs lois et politiques concernant l'accès aux soins de santé maternelle et infantile ainsi que l'utilisation et la qualité de ces soins. Les groupes marginalisés et les populations reconnues comme étant les plus nécessiteuses bénéficieront d'une attention spéciale. Des directives relatives à cette approche sont en préparation et elles feront l'objet d'essais de terrain rigoureux avant d'être diffusées. L'une des responsabilités de l'initiative sera d'amorcer un dialogue mondial sur la façon de formuler les conseils aux responsables politiques sur la délégation des responsabilités cliniques aux agents de santé à différents niveaux.

57. Une composante essentielle de l'initiative sera la surveillance et l'évaluation des progrès accomplis par les programmes de l'initiative dans chacun des 10 pays « phares ». A cette fin, l'initiative élaborera des indicateurs et aidera les pays à renforcer leur système d'information sanitaire en générant les informations requises pour améliorer la programmation. La mise au point d'un instrument pour enquêter sur les décès maternels et les complications graves de la grossesse et de l'accouchement sera bientôt achevée et les pays seront encouragés à en évaluer l'utilité pour la surveillance de la qualité des services de soins maternels.

VIH/SIDA

58. L'OMS, dans le cadre de l'ONUSIDA, est chargée d'aider les pays à améliorer l'action des systèmes de santé face à l'épidémie de VIH/SIDA. Le Département VIH/SIDA coordonne toutes les activités de l'OMS apparentées au VIH/SIDA et aux IST au Siège, au niveau régional et dans les pays. Il a facilité et soutenu les activités de 23 Départements du Siège ainsi que les activités correspondantes dans les Régions dans les domaines stratégiques suivants : prévention et soins fondés sur des données factuelles dans les systèmes de santé ; surveillance et suivi de la riposte anti-VIH/SIDA.

59. Les principales réalisations sont présentées ci-après.

Stratégie mondiale du secteur de la santé

60. L'engagement de l'OMS vis-à-vis de la riposte mondiale au VIH/SIDA vise à faire en sorte que le secteur de la santé – en particulier dans les pays les plus touchés – soit techniquement et institutionnellement équipé pour jouer un rôle efficace dans la riposte de toute la société à l'épidémie. A

la demande de l'Assemblée de la Santé, l'OMS a élaboré, par une consultation internationale avec tous ses partenaires, un projet de stratégie mondiale pour le secteur de la santé couvrant les déterminants de l'épidémie, les défis pour le secteur de la santé, les interventions efficaces, l'intensification de la riposte, les approches centrées sur la population, le renforcement des systèmes de santé locaux et le soutien international. Des consultations régionales pour examiner et réviser le projet de document auront lieu sous peu et elles seront suivies d'une consultation mondiale pour la mise au point définitive du document qui sera présenté au Conseil exécutif en janvier 2002.

Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles

61. Le Département VIH/SIDA a continué à élaborer et diffuser un grand nombre de matériels d'orientation pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). La mise au point de la stratégie mondiale pour la prévention et le traitement des IST a été achevée, ainsi que les essais de terrain, et un rapport est en préparation. Les *STI Management Guidelines*, y compris le traitement et les schémas opérationnels, seront traduites et imprimées sous peu. Un atelier interpays sur la prise en charge des cas d'IST a été organisé au Bureau régional de l'Afrique pour soutenir la mise en oeuvre par les pays. Les directives relatives à la surveillance des IST ont été élaborées avant la Conférence internationale sur le SIDA qui s'est réunie à Durban et elles sont en cours de traduction en français et en espagnol.

Prévention de la transmission mère-enfant

62. L'OMS a continué à suivre les progrès scientifiques rapides faits dans ce domaine et à donner des avis aux Etats Membres pour la conception et la mise en oeuvre de programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH au plan de l'efficacité, de la sécurité, de la faisabilité et du coût de la mise en oeuvre. Lors d'un examen technique organisé par l'OMS, les incidences de l'émergence chez certaines femmes exposées d'une pharmacorésistance à une dose unique de névirapine pendant l'accouchement ont été examinées. L'examen des données relatives à la pharmacorésistance lors d'une consultation technique de l'OMS a entraîné la révision des directives générales de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. Les politiques relatives à l'alimentation du nourrisson ont été précisées afin de donner des avis aux pays qui envisagent d'appliquer des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. L'inclusion de la prévention de la transmission mère-enfant dans le module des soins aux mères dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH et à leur nouveau-né a été recommandée.

63. Les travaux entrepris pour déterminer le déficit de connaissances et de recherches sur l'alimentation du nourrisson déboucheront sur la conception d'un programme de recherche destiné à améliorer la sécurité de l'allaitement par les femmes infectées par le VIH.

64. Les responsabilités de l'OMS dans le domaine de la transmission mère-enfant du VIH s'élargissent : fournir un soutien technique au programme de recherche mondial et recenser les lacunes de ce programme, et promouvoir les recherches nécessaires pour pallier ces lacunes ; élaborer des normes et critères techniques ; apporter un soutien technique pour les mesures locales et le renforcement des capacités ; promouvoir l'intégration des interventions visant à réduire la transmission mère-enfant dans les systèmes de santé ; fournir un appui technique pour la surveillance et l'évaluation des interventions visant à réduire la transmission mère-enfant ; examiner et diffuser des informations sur les avancées scientifiques liées à la réduction de la transmission mère-enfant ; renforcer la surveillance mondiale des tendances du VIH liées à la transmission mère-enfant ; et actualiser les politiques et stratégies pharmaceutiques afin de promouvoir l'accès aux médicaments et fournitures essentielles liés au VIH.

Soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

65. L'OMS continue à promouvoir des soins complets de longue durée pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA afin d'accroître la durée et la qualité de leur vie et comme un point d'entrée et une opportunité essentielle pour les interventions de prévention. En collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS élabore une stratégie complète de soins anti-VIH/SIDA. La pierre angulaire de cette stratégie est le module de soins essentiels et de prévention, qui s'appuiera sur une utilisation efficace des traitements antirétroviraux. Elle comprend des éléments sur le conseil et le dépistage volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant, la prévention et le traitement des IST, la prise en charge des infections opportunistes, en particulier la tuberculose, la pneumonie, la diarrhée et les mycoses, le sang et la sécurité transfusionnelle, les soins palliatifs et le soutien psychosocial, les précautions universelles, y compris la sécurité des injections et la protection des travailleurs en bonne santé, et la surveillance du VIH/des IST.

66. Un important travail a été consacré à la sensibilisation à un haut niveau en vue de la mise en place partout de services de conseil et de dépistage volontaires afin d'accroître sensiblement le nombre des personnes connaissant leur sérologie VIH. Protéger de l'infection les personnes négatives pour le VIH, prévenir une nouvelle transmission par les personnes positives et dispenser des soins et un soutien à toutes les personnes qui en ont besoin sont trois résultats essentiels des programmes de conseil et dépistage volontaires. Le document *Voluntary counselling and testing for HIV infections in antenatal care: practical considerations for implementation* a été achevé en 2000 et il sera inclus dans un module complet à l'usage des agents de soins de santé travaillant dans les maternités.

67. Dans le domaine du traitement des maladies liées au VIH, l'OMS a élaboré des conseils actualisés sur l'utilisation sûre et efficace des antirétroviraux dans les milieux défavorisés ; participé à l'élaboration de mécanismes mondiaux pour surveiller l'apparition d'une pharmacorésistance ; examiné les données factuelles et publié des conseils relatifs à l'utilisation du cotrimoxazole ; et énoncé des avis sur l'intégration des soins anti-VIH dans les soins communautaires contre la tuberculose.

Accès aux médicaments liés au VIH

68. L'OMS a continué à promouvoir le choix et l'usage rationnels, l'octroi de ressources financières suffisantes, l'établissement de prix raisonnables et des services de santé minimum afin d'accroître l'accès aux médicaments liés au VIH. Avec l'ONUSIDA, elle a participé à des négociations serrées avec l'industrie, et une réduction des prix a été obtenue pour les médicaments produits par certains laboratoires. En partenariat avec l'ONUSIDA, l'OMS a soutenu des mécanismes tels que la concurrence des génériques, les achats en quantité, les licences obligatoires et la production locale dans les limites des dispositions des accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce.

Sécurité transfusionnelle

69. Par la sensibilisation, les conseils relatifs à la politique suivie, des ateliers de formation et la diffusion de matériels de formation, l'OMS a encouragé et soutenu techniquement une intervention très efficace et économique. En 2000, un important projet visant à assurer le contrôle de la qualité des transfusions sanguines a été lancé dans la Région de l'Afrique et des matériels d'apprentissage sur l'utilisation appropriée du sang ont été mis au point pour promouvoir l'utilisation de moyens autres que la transfusion chaque fois que cela est possible.

Surveillance

70. Avec l'ONUSIDA, l'OMS a fourni des informations récentes sur les niveaux d'infection à VIH et sur les tendances de l'épidémie (rapports de juin et décembre 2000), poursuivi son travail sur l'amélioration des méthodes de surveillance et aidé les pays dans leurs activités de surveillance. Des lignes directrices sur la surveillance de deuxième génération ont été mises au point et publiées en collaboration avec l'ONUSIDA.

71. A la fin de 2000, le Directeur général a créé le Département VIH/SIDA, qui prolonge l'initiative VIH/SIDA/IST et la remplace, et est conçu pour renforcer sensiblement l'action de l'OMS contre l'épidémie de VIH/SIDA. Ce domaine de travail recensera les éléments essentiels de la prévention du VIH/SIDA et des soins anti-VIH/SIDA pour les adapter à différentes situations et il améliorera les activités de l'OMS dans les domaines de la stratégie, de la sensibilisation et des partenariats et de la coordination mondiale et interrégionale.

= = =