



La Missive de l'OMS-Congo

N° 003

Septembre 2003



Bulletin électronique mensuel du Bureau de la Représentation de l'Organisation mondiale de la Santé au Congo

Dans ce numéro :

L'accès aux antirétroviraux au Congop2

L'Ulcère de Buruli p3

Sensibilisation et formation sur les Objectifs du Développement pour le Millénairep4

Activités du Programme Elargi de Vaccination p6

Les principales institutions mondiales se réunissent pour traiter du problème de l'augmentation de la mortalité sur la route

(Genève , 24 Septembre 2003)

La Missive de l'OMS -Congo

Directeur de Publication

Dr Adamou YADA (Wr/Congo)

Comité de lecture

Dr L. NZOUTANI (FHP)
M. J. MOUYOKANI (MPN)
Dr R. AYANGMA (PEV)
Dr N. BIDOUNGA (HIV)
M. J.D.D KONONGO (EHO)

Rédacteur en chef

M. B. BIBOUSSI (HIP)

Mise en page , maquette

M. F. ELENGA (INFO)
M. B. BIBOUSSI (HIP)

Contacts

BP : 2465 Brazzaville Congo
Tel : (242) 63-83-29
Fax : (242) 81-34-47
Email : yada@afro.who.int



Pour la première fois, des représentants d'une vingtaine d'organisations mondiales s'occupant de sécurité routière et représentant à la fois des pays riches et des pays pauvres, sont réunis aujourd'hui à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Genève pour préparer une initiative mondiale pour la sécurité routière.

« C'est la première réunion rassemblant autant d'intervenants importants dans le domaine de la sécurité routière et représentant aussi bien des associations de victimes, des fondations, l'industrie automobile que des ministères des transports et de la santé », a déclaré le Dr LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS. « En rassemblant des compétences aussi diverses en matière de sécurité routière et en prenant des mesures, nous pouvons contribuer à inverser la tendance à la surmortalité sur les routes partout dans le monde ».

Plus de 1,2 million de personnes sont tuées chaque année sur la route. Des millions d'autres sont blessées ou handicapées. Dans certains pays à revenus faible et intermédiaire, les victimes d'accidents de la route occupent jusqu'à 10 % des lits d'hôpitaux. Les décès dus à tous les types de traumatisme devraient passer de 5,1 millions en 1990 à 8,4 millions en 2020 – les accidents de la circulation étant en grande partie responsables de cette augmentation.

Le Secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan, a fait observer, dans un rapport publié récemment, « Crise mondiale de la sécurité routière », qu' « améliorer la

(Suite page 8)

L'accès aux Antirétroviraux (ARV) au Congo : une préoccupation majeure dans la lutte contre le VIH/SIDA

Les objectifs fixés en 2001 par l'historique session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/SIDA pour 2005, axés sur l'expansion rapide des programmes de prévention, de prise en charge du VIH et d'atténuation de son impact, sont considérés comme le fondement même de la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) qui vise à stopper l'épidémie et à commencer à en inverser le cours d'ici à 2015.

Avec une séro-prévalence de 7,2%, le Congo, dont les premiers cas ont été détectés en 1983, se situe parmi les pays les plus touchés de l'Afrique centrale. Sur un total cumulé de 14.710 cas de SIDA notifiés de 1986 à 2002 (dont 10% âgés de 5 à 10 ans), 2096 cas l'ont été en 2002 dont 1233 cas à Brazzaville, et 863 à Pointe-Noire. La tranche d'âge la plus atteinte est celle des 15 - 49 ans avec un sexe ratio de 1,6 femmes pour 1 homme. Le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) a été mis en place en 1986, et le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), doté d'un plan stratégique national, en juillet 2003.

Depuis l'implantation des deux Centres de Traitement Ambulatoires (CTA) de Brazzaville (1994) et Pointe-Noire (2001), on note une insuffisance de la couverture des besoins de traitements des cas du VIH/SIDA y compris par les antirétroviraux (ARV). Moins de 300 personnes sont dans la file active, et peuvent s'offrir des traitements dans ces formations sanitaires spécialisées, alors que les besoins réels peuvent être estimés à plus de 8.000 personnes. Le système d'approvisionnement et de distribution des ARV est inadapté au contexte socio-économique du Congo. Cette situation n'a cessé d'être dénoncée par le réseau des personnes vivant avec le VIH (RENAPLUS).

Une Initiative d'accès aux ARV (ICAARV) a été mise en place en mai 2003, avec l'objectif

Le 22 septembre 2003, dans un rapport du Secrétariat général des Nations Unies et de l'ONUSIDA, il a été constaté que malgré des progrès considérables, un grand nombre d'Etats Membres de l'ONU n'atteindront pas les objectifs de base sur la prévention et la prise en charge du SIDA, à moins que les efforts ne soient considérablement intensifiés. La plupart des personnes les plus exposées au risque d'infection n'ont pas accès à des interventions de prévention avérées et l'accès varie considérablement selon les régions et les interventions. La couverture thérapeutique par les antirétroviraux (ARV) pour les populations des pays à faible et moyen revenu reste extrêmement faible. 5% seulement des femmes enceintes exposées ont accès aux médicaments susceptibles de prévenir la transmission mère-enfant (TME). Jusqu'à la mi-juillet 2003, en Afrique, une infime fraction des Personnes vivant avec le VIH (malades et séropositifs), qui ont besoin d'un traitement ARV en bénéficient (50.000 sur 4,2 millions de PVVIH soit environ 1%). Sur les 17 pays d'Afrique subsaharienne ayant fourni des données sur la prévention de la TME, 12 pays dont les taux de prévalence du VIH parmi les nouveau-nés atteignent 25%, ne disposent pas d'un programme de prophylaxie par les ARV. Le fait que des millions de personnes dans le monde n'aient pas accès aux ARV dont elles ont absolument besoin crée une situation d'urgence mondiale, avait déclaré le Dr LEE Jong-Wook, Directeur général de l'OMS.

Parmi les principales recommandations de ce rapport, il a été demandé que les stratégies nationales soient élaborées afin d'assurer aux PVVIH un traitement et une prise en charge du VIH et de soutenir l'objectif de la communauté internationale qui vise à fournir une thérapie ARV à 3 millions de personnes d'ici à 2005. C'est pourquoi, l'OMS s'attèle à prendre des mesures en ce sens dans plusieurs domaines cruciaux, dont la fourniture des ARV indispensables.

d'améliorer la qualité de vie des malades vivant avec le VIH/SIDA, en favorisant leur accès aux ARV à moindre coût. Quatre commissions la composent : la commission «décision du traitement», la commission «évaluation du

niveau socio-économique», la commission «gestion médicaments, équipements, réactifs», et la commission «subvention». Quelques activités ont été menées : organisation des campagnes de vulgarisation et ateliers de formation et de recyclage des prescripteurs, dispensateurs et acteurs sociaux, élaboration et diffusion des guides thérapeutiques d'orientation, tenue des sessions de validation des dossiers des malades, attribution des coûts forfaitaires mensuels allant de 5.000 à 80.000 FCFA. Sur un total de 155 dossiers examinés, 133 ont été acceptés, et ces malades pourront bénéficier des ARV à moindre coût. Au terme de l'atelier de Brazzaville, organisé du 28 au 30 avril 2003, avec l'assistance de la Croix-Rouge Française et de la Coopération Française, un guide thérapeutique d'orientation a été distribué aux praticiens impliqués dans la prise en charge des patients séropositifs. Du 17 au 18 septembre, dans la salle de réunion de l'OMS/AFRO, s'est tenu un deuxième atelier, organisé avec les Laboratoires chimiques industriels pharmaceutiques (Chemical Industrial Pharmaceutical Laboratories - CIPLA) d'Inde, une des premières compagnies distribuant des médicaments génériques sur le marché et reconnue par l'ONUSIDA et l'OMS.

Comme on peut le constater, l'accès aux traitements est encore limité. Même avec des réductions substantielles, les prix des ARV et des examens de dépistage et de suivi, sont encore hors de portée de l'immense majorité des PVVIH, vivant le plus souvent en dessous du seuil de pauvreté. Avec cette initiative, le projet MAP de la Banque mondiale et l'apport du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, auquel le Congo a soumis une proposition de financement en mai dernier, on peut espérer atteindre davantage de

PVVIH. La prise en charge sociale devrait être activée en amont pour aider les plus démunis à apprêter leur dossier à soumettre à l'initiative. Une intégration rigoureuse des services de prise en charge sociale, de prévention et de traitement contribuera à s'assurer que les personnes dont le test se révèle positif soient rapidement orientées vers des centres traitement, et que ceux qui sont en traitement disposent des outils nécessaires pour protéger les autres de l'infection. L'OMS/Congo étudie la possibilité de faciliter l'accès aux plus démunis non seulement aux ARV, mais aussi aux examens, afin qu'un plus grand nombre soit éligible au traitement.

Le VIH/SIDA requiert certes une riposte multisectorielle, mais c'est finalement le secteur de la santé qui doit prendre en charge « la défaillance du système immunitaire, ainsi que la charge que représentent les troubles psychologiques et les infections opportunistes qui l'accompagnent ». C'est le système de santé qui permet de dépister les sujets VIH+, leur fournit des informations et des soins, et les oriente. Dans l'histoire de la lutte contre les épidémies et de leur prise en charge, et notamment lors de la récente flambée du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et l'épidémie d'Ebola au Congo, le secteur de la santé a joué un rôle prépondérant. La stratégie mondiale VIH/SIDA 2003-2007 et la stratégie régionale de l'OMS, permettent de reconsidérer le rôle crucial du secteur de la santé dans la riposte multisectorielle, et d'aider les Etats Membres à hiérarchiser les problèmes de santé dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Dr Norbert BIDOUNGA
Conseiller HIV
OMS/CONGO

L'ulcère de Buruli : une nouvelle pathologie dans le répertoire des problèmes de santé publique congolais

Longtemps demeuré dans l'obscurité, l'ulcère de Buruli sort au grand jour pour réclamer sa place au sein du répertoire congolais des problèmes de santé. Cette pathologie insidieuse et débilitante fait des victimes dans les départe-

ments du Kouilou, du Niari et de la Bouenza depuis les années 70. Ce n'est qu'en 2000, grâce à une enquête épidémiologique réalisée par le Dr Hilaire Bassakouaou, médecin chef du secteur opérationnel du Kouilou, que cette

pathologie a connu un regain d'attention. Actuellement 152 cas sont suivis dans les trois départements.

L'Ulcère de Buruli est très mal connu aussi bien de la population qui le considère comme un mauvais sort jeté par les sorciers, que du personnel de la santé qui le confond souvent au Pian. Causé par *Mycobactérium ulcéans*, l'Ulcère de Buruli frappe généralement les démunis des zones rurales. On ne connaît pas avec certitude le mode de transmission de cette maladie mais les données récentes incriminent certains insectes aquatiques vivant souvent dans les eaux stagnantes.

La contamination n'est pas directe. La maladie se manifeste sous forme de papules, nodules, plaques, oedèmes et ulcères. La forme ulcéreuse est la plus rencontrée car les malades consultent très tardivement les services de santé. Bien que la mortalité soit faible, cette maladie entraîne de nombreuses incapacités dues aux déformations par contracture, aux amputa-



tions des membres, aux atteintes des yeux, des seins et des organes génitaux.

La chirurgie demeure le traitement de choix



pour cette pathologie. En vue du renforcement des compétences des chirurgiens à la prise en charge de l'ulcère de Buruli, un atelier de formation a eu lieu à Pointe

noire du 25 au 29 août 2003 sous la facilitation du Professeur Henri Assé de l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé, Abidjan (Cote d'Ivoire). Cette formation qui a connu la participation de 15 agents de santé a été structurée en phase théorique au cours de laquelle des exposés sur la maladie ont été faits, et en phase pratique pendant laquelle cinq interventions ont été réalisées.

Toutes les activités de lutte contre cette terrible maladie ont bénéficié de l'appui de l'OMS/Initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli (GBUI).

Avec l'élaboration du plan stratégique lutte, les contributions des uns et des autres sont attendues pour une meilleure prise en charge de cette maladie considérée à juste titre comme maladie orpheline.

Dr Amédée MOLAMOU
Conseiller DPC
OMS/CONGO

La sensibilisation/formation sur les OMD : une initiative encourageante et fort appréciée

Dans le cadre de la réactivation de la Campagne de sensibilisation et de formation sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), une délégation des points focaux des agences du système des Nations unies a séjourné à Nkayi dans le département de la Bouéza du 15 au 17 septembre 2003. Ces points focaux, appuyés par les Directeurs départementaux..., ont facilité l'atelier de sen-

sibilisation et formation qui s'est déroulé le 16 septembre dans la salle de conférence du Conseil départemental à Madingou, chef lieu du Département. Cet atelier faisait suite à ceux tenus à Brazzaville le 29 juillet 2003 au Palais du Parlement, et début août à Pointe-Noire (Département du Kouilou). Si l'atelier de Brazzaville avait comme populations cibles, les membres du Parlement congolais (députés

et sénateurs), ceux de Pointe-Noire et Madingou étaient orientés vers les autorités, les élus locaux, les cadres administratifs, les représentants de la société civile et du secteur privé.

L'atelier de Madingou, sous le patronage du Préfet de la Bouéza, a connu la participation très active de près de 80 personnes, dont les Directeurs départementaux et municipaux (Nkayi), et les élus locaux du Département et des districts. Deux allocutions ont marqué la cérémonie d'ouverture, celle du Représentant Résident Adjoint du PNUD, M. Jacques Banelier, représentant le Coordonnateur Résident du système des Nations Unies, du Préfet du Département, suivies de la présentation globale des OMD par Joseph Pih, conseiller économique/PNUD.

Ensuite les participants ont tour à tour suivi les 8 présentations liminaires regroupées en trois sessions.

Adoptés par les chefs d'Etat et de gouvernement de la planète réunis sous l'égide des Nations Unies en septembre 2000 à New York, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) définissent un nouveau partenariat entre les pays développés et ceux en voie de développement, en vue de réduire significativement la pauvreté dans le monde. Ils constituent une série quantifiable de huit critères de développement humain susceptibles d'indiquer clairement dans quelle mesure la communauté internationale s'attèle à assurer d'ici 2015 la mondialisation à tous, de façon équitable.

Les OMD portent notamment sur la lutte contre la pauvreté et la faim, l'éducation primaire pour tous, la promotion de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres endémies, la promotion d'un environnement durable et la mise en place d'un partenariat pour le développement.

Dans son rapport publié le 8 septembre dernier, le secrétaire général des Nations Unies, M. Kofi Annan, appréciant le chemin parcouru par l'humanité en direction de ces Objectifs du Millénaire, souligne que « pour chaque Objectif, il apparaît des signes encourageants de progrès dans certains domaines, mais aussi des preuves inquiétantes de stagnation, voire de régression, dans d'autres ».

Lors des discussions et échanges de vues, plusieurs contributions locales ont été faites notamment par les Directeurs départementaux et municipaux, associés dans les présentations liminaires des facilitateurs. Ces derniers ont répondu à la plupart des préoccupations émises par les participants. Des recommandations ont été prises, notamment sur la nécessité d'un plan départemental et de l'appui des agences du système des Nations Unies dans son élaboration, sur la décentralisation et la participation des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités, la sensibilisation sur les OMD dans les districts pour une meilleure appropriation, et la décentralisation des activités de prise en charge du VIH, notamment la surveillance épidémiologique.

Des leçons à tirer de cette troisième séance de sensibilisation et formation, on peut retenir :

- ✍ Dans l'ensemble, les participants ont apprécié l'initiative.
- ✍ Il faudrait tenir compte de la vulnérabilité des objectifs, des populations cibles et des réalités locales, pour une meilleure appropriation des OMD par les communautés: le paludisme et la trypanosomiase, endémiques dans le Département, bien que n'ayant pas été développés dans la présentation de l'objectif 6 « combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies », ont constitué des préoccupations majeures de quelques participants ;
- ✍ Il y a nécessité de mettre en place un programme global et consensuel de ces ateliers dans les départements en vue de son intégration dans les programmes des agences partenaires.

Dr Norbert BIDOUNGA
Conseiller HIV
OMS/CONGO

« Il n'est pas impossible de faire reculer le SIDA pour peu que nous en fassions un devoir national et une exigence de solidarité internationale »

*M. Denis Sassou Nguesso, Chef de l'Etat –
Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA*

Programme Elargi de Vaccination : GAVI approuve la proposition du Congo

Approche ACD (Atteindre Chaque District)

La couverture vaccinale demeure faible au Congo comme illustré par le graphique ci-dessous. Ces couvertures sont en général au dessous de 50% pour le DTC3P3, le VAR et le VAT 2+. Seul le BCG est au dessus de 50% depuis avril 2003. Bien que toujours faibles, ces couvertures sont en légère augmentation par rapport à 2002.

Cependant, il sied de noter que cette analyse sur le plan national occulte des efforts faits par certains départements. En effet, à Brazzaville et dans la Bouenza, les couvertures vaccinales depuis mars sont en général au dessus de 60% pour tous les antigènes. Des efforts doivent encore être faits pour les départements du Niari, Sangha, Plateaux, Cuvette. Dans le but de relever les couvertures dans ces départements, l'OMS apporte un appui particulier à travers la mise en œuvre de l'approche ACD (Atteindre Chaque District).

Ainsi au cours de ce mois de septembre:

- ☞ 140 personnels ont été formés/recyclés sur les principaux domaines du PEV,
- ☞ 06 districts ont bénéficié d'une supervision formative et d'une somme de 216 000 FCFA chacune pour renforcer les stratégies avancées.
- ☞ Des spots et des messages de mobilisation sociale en faveur du PEV sont diffusés à la radio et la télévision en français et en langues locales;
- ☞ Les barrières à la vaccination (achat de carnet et seringues) sont progressivement levées...

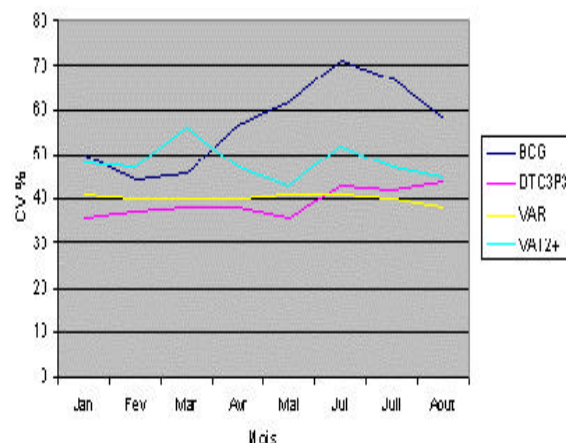
Les activités qui précèdent seront étendues aux autres districts ciblés et toutes les stratégies de l'approche ACD seront mises en œuvre d'ici fin décembre 2003 dans 14 districts. Ce qui précède devrait permettre une augmentation de la Couverture Vaccinale au moins à 60% pour

le BCG et à 50% pour tous les antigènes comme prévu dans le plan pluri annuel PEV d'ici à fin décembre 2003.

Evaluation mensuelle de la CV au Congo en 2003

Alliance Globale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)

La proposition de la République du Congo à GAVI et au Fonds mondial pour la sécurité des injections vient d'être approuvée (30 septem-



bre 2003) après les clarifications soumises par le Gouvernement. Il convient de noter que la proposition relative au soutien aux services de vaccination avait été approuvée lors de la séance de mai 2003 par le Comité d'examen indépendant.

Une contribution de 307,000 USD sera donc versée au Congo pour renforcer les services de vaccination du Congo. Un 1er transfert de 153,500 USD est actuellement attendu.

La mise en œuvre des activités contenues dans le plan pluri-annuel devrait permettre une augmentation de la couverture vaccinale conformément aux projections.

Eradication de la poliomyélite

Surveillance des PFA

Au cours du mois de septembre, 02 cas de PFA ont été notifiés, dont 01 dans le département du Niari et 01 dans la commune de Brazzaville. Tous les 02 cas ont eu des échantillons de selles adéquats. Au total 27 cas ont été notifiés depuis le début de l'année sur 19 attendus. 93% ont eu des échantillons prélevés dans les 14 jours. Ainsi, sur le plan national, toutes les cibles sont atteintes et maintenues en particulier pour le le taux de PFA Non polio (Cible = 1) et le pourcentage des échantillons collecté dans les 14 jours (= 80). Cette tendance est aussi maintenue dans les départements à l'exception de la Bouenza et de la cuvette.

Certains départements devraient améliorer leur performance d'ici à fin décembre 2003 pour

répondre aux critères de certifications dans leur localités.

- ☞ Le kouilou et la Bouenza devraient notifier au moins 01 cas de PFA
- ☞ Au cas ou 01 cas de PFA était notifié dans la cuvette, il devrait l'être dans les 14 jours suivant la date du début de la paralysie
- ☞ Avec le retour de la paix dans le pool, la surveillance des PFA devrait être renforcée dans les zones jadis inaccessibles.

Départements	Cas attendus 2003	PFA notifiés Jan - Sep 03	Taux PFA Non Polio annualisé	Echantillons prélevés dans les 14j	Polio Virus sauvage
Bouenza	2	1	0.7	100%	0
Brazzaville	5	6	1.6	100%	0
Cuvette Centrale	1	2	2.7	50%	0
Cuvette Ouest	1	1	1.3	100%	0
Kouilou	4	3	1.0	100%	0
Lekoumou	1	5	6.7	100%	0
Likouala	1	2	2.7	100%	0
Niari	1	2	2.7	100%	0
Plateaux	1	2	2.7	100%	0
Pool	1	1	1.3	100%	0
Sangha	1	2	2.7	100%	0
Congo	19	27	1.9	93%	0

Mauvais



À améliorer



Cible atteinte



Contribution de l' OMS/Congo à la surveillance des PFA à Madagascar

Du 15 au 25 septembre 2003, le Dr Richelot Ayangma , Epidémiologiste PEV au bureau OMS/Congo a participé à la revue externe de la surveillance à Madagascar. L'objectif global de cette revue externe était de renforcer la mise en œuvre de la surveillance

intégrée de la maladie au niveau national avec un accent particulier sur le renforcement de la surveillance pour l'éradication de la poliomyélite, pour le contrôle de la rougeole et pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal. La mise en œuvre et le suivi des recommanda-

tions de la revue externe de la surveillance des PFA au Congo lui a permis d'améliorer significativement la performance de sa surveillance. L'expérience du Congo a été partagée avec celles d'autres pays à Madagascar.

L'équipe de la revue externe était constituée en plus d'épidémiologistes appartenant à des pays ayant atteint des critères de certification,

des représentants de CDC Atlanta, de l'Unicef, de l'OMS (Genève ; ICP/Afrique de l'ouest et ICP/Afrique centrale). La mise en œuvre des recommandations de cette revue devrait permettre à Madagascar d'améliorer sa performance d'ici à Décembre 2003.

Dr Richelot AYANGMA
Conseiller EPI/SURV
OMS/CONGO

(Suite de la page 1)

sécurité routière ne peut se faire sans un ferme engagement politique de la part des pouvoirs publics, », ajoutant que les pays devraient également veiller à « dégager des ressources suffisantes, en rapport avec l'ampleur du problème auquel ils doivent faire face ».

Au niveau mondial, les estimations laissent supposer que les coûts économiques des accidents de la circulation s'élèvent à US \$518 milliards par an. Dans les pays en développement, ces coûts sont estimés à US \$100 milliards, soit deux fois le montant annuel de l'aide au développement dont bénéficient les pays en développement. Afin d'atténuer cette crise mondiale du développement et de la santé publique, M. Annan recommande que les pays élaborent des stratégies nationales pour la prévention des accidents de la circulation et des plans d'action appropriés.

« Lorsque vous perdez un enfant, vous mourez aussi. Le deuil n'a pas de fin. La douleur est constante. », a déclaré une mère de victime, Rochelle Sobel, fondatrice et présidente de l'ASIRT (Association for Safe International Road Travel), organisation non gouvernementale basée aux Etats-Unis d'Amérique. Mme Sobel, qui participait à la réunion, souligne que « si le fardeau affectif de la dou-

leur est terrible, il ne peut être mesuré, le fardeau économique pour les familles et les gouvernements peut être calculé et il est énorme. » Des études suggèrent qu'en 2002, près de 50 % des victimes des accidents de la route dans le monde étaient de jeunes adultes âgés de 15 à 44 ans, dont beaucoup étaient des chefs de famille.

Les personnes réunies à l'OMS préparent aujourd'hui une initiative mondiale consacrée à la sécurité routière, qui sera lancée le 7 avril 2004, Journée mondiale de la Santé. L'initiative se traduira par un rapport mondial, des conférences et des débats dans des instances politiques telles que l'Assemblée générale des Nations Unies et d'autres manifestations de sensibilisation très médiatisées. Dans le cadre de cet effort, l'alliance lancera un appel à l'action afin que soient mis en œuvre des politiques et des programmes visant à limiter la vitesse, à lutter contre la consommation d'alcool, à renforcer le port de la ceinture de sécurité, du casque et des dispositifs de sécurité pour enfants, à améliorer les systèmes d'intervention en cas d'urgence, à promouvoir la conception de véhicules plus sûrs et à présenter des normes de sécurité routière.

Ms Sabine van Tuyll
Email: vantuylls@who.int