



## Rapports de situation

### Rapport du Secrétariat

#### TABLE DES MATIÈRES

|  | <b>Pages</b> |
|--|--------------|
| A. Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (résolution WHA61.1) .....  | 2            |
| B. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (résolution WHA57.2) .....   | 6            |
| C. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12) ..... | 7            |
| D. Accélération de la production de personnels de santé (résolution WHA59.23) .....  | 11           |
| E. Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (résolution WHA59.27) .....   | 13           |
| F. Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA60.21) .....   | 16           |
| G. Multilinguisme : mise en œuvre du Plan d'action (résolution WHA61.12) .....   | 18           |
| H. Santé des migrants (résolution WHA61.17) .....  | 20           |
| I. Changement climatique et santé (résolution WHA61.19) .....  | 22           |
| J. Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris (résolution WHA62.12).....   | 24           |

## **A. POLIOMYÉLITE : DISPOSITIF DE GESTION DES RISQUES SUSCEPTIBLES DE COMPROMETTRE L'ÉRADICATION (résolution WHA61.1)**

1. En 1988, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA41.28 intitulée « Éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000 ». En 2008, tous les pays sauf quatre (Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan) avaient interrompu la transmission autochtone des poliovirus sauvages et le nombre annuel de cas avait diminué de plus de 99 % depuis 1988. Toutefois, le nombre de cas continuait à osciller entre 1000 et 2000 par an, et de 12 à 23 autres pays enregistraient chaque année des cas de poliomyélite dus à des virus importés.<sup>1</sup> Dans au moins deux de ces pays (Angola et Tchad) et peut-être en République démocratique du Congo et au Soudan, le virus importé a persisté plus de 12 mois et a continué à se propager au niveau international. Dans la résolution WHA61.1 qu'elle a adoptée en 2008, l'Assemblée de la Santé a demandé que soit élaborée une nouvelle stratégie pour éradiquer la poliomyélite dans les derniers pays touchés. Le programme de travail 2009 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite devant servir de base à cette nouvelle stratégie prévoyait une évaluation des innovations tactiques dans chaque zone d'endémie poliomyélitique,<sup>2</sup> des essais cliniques de nouvelles formules de vaccin antipoliomyélitique oral et une évaluation indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission des poliovirus.

2. En Inde, une nouvelle tactique a permis d'étendre en 2009 la couverture des campagnes de vaccination antipoliomyélitique par voie orale parmi les populations migrantes et mobiles, et d'intensifier les campagnes menées dans les districts d'endémie du centre du Bihar et de l'ouest de l'Uttar Pradesh ; dans ce dernier, la proportion de très jeunes enfants ayant des anticorps dirigés contre le poliovirus de type 1 est passée de 85 % fin 2007 à 96 % fin 2009.<sup>3</sup> Au Nigéria, si l'on compare les six derniers mois (mai-octobre 2009) à la même période en 2008, la proportion d'enfants qui n'avaient jamais été vaccinés dans les 10 États d'endémie du nord (États à haut risque) a diminué, passant de près de 20 % (19,5 %) à moins de 10 % (9,6 %) en 2009,<sup>4</sup> après la signature par les gouverneurs des États des engagements d'Abuja en février 2009 et la formation par les chefs traditionnels d'un comité pour l'éradication de la poliomyélite en juin 2009. Ces deux initiatives ont renforcé l'obligation de répondre des résultats au niveau local lors des campagnes contre la poliomyélite. Au Pakistan, le Premier Ministre a lancé en février 2009 un plan d'action contre la poliomyélite, grâce auquel les campagnes de vaccination antipoliomyélitique par voie orale ont bénéficié d'un appui multisectoriel plus important dans de nombreuses zones, même si la couverture est restée inférieure à 80 % dans les districts d'endémie du nord de la Province de la Frontière du nord-ouest et des zones tribales sous administration fédérale, au Baloutchistan, ainsi que dans l'agglomération de Karachi (dans le Sindh). Dans les deux dernières provinces d'endémie en Afghanistan (Kandahar et Helmand, dans la région du Sud), on a pu accéder à un plus grand nombre d'enfants dans les districts confrontés à des problèmes de sécurité lors des récentes campagnes d'administration du vaccin oral grâce à de nouvelles tactiques, notamment une contribution accrue des organisations non gouvernementales, le recrutement de « négociateurs d'accès » locaux, et les négociations avec la Force internationale d'assistance à la sécurité et les Talibans pour obtenir des « jours de tranquillité ». Même si l'accès reste fluctuant dans la région du Sud, la proportion d'enfants inaccessibles a pour la première fois été ramenée à 5 %

---

<sup>1</sup> Le nombre de cas de poliomyélite est accessible sur [www.polioeradication.org/casecount.asp](http://www.polioeradication.org/casecount.asp).

<sup>2</sup> Zones dans lesquelles la transmission autochtone du poliovirus sauvage n'a jamais été interrompue.

<sup>3</sup> Données provenant d'une étude de la séroprévalence à Moradabad (Inde) chez 1002 enfants âgés de six à neuf mois, en avril-mai 2009 ; données disponibles au Siège de l'OMS.

<sup>4</sup> Analyse du profil vaccinal des cas notifiés de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ; données disponibles au Siège de l'OMS.

pendant les campagnes d'administration du vaccin oral en juillet et septembre 2009 alors qu'elle dépassait 20 % au début de l'année.<sup>1</sup>

3. Pour que les campagnes de vaccination contre les deux derniers sérotypes de poliovirus sauvage soient plus efficaces et aient plus d'impact, des lots d'un vaccin oral bivalent contenant les virus de type 1 et 3 ont été produits en vue de procéder à un essai clinique. En 2009, les résultats de l'essai ont montré que ce vaccin bivalent conférait une meilleure protection contre la maladie due aux deux sérotypes que le vaccin oral trivalent et une protection qui n'était pas inférieure à celle conférée par les vaccins oraux monovalents correspondants.<sup>2</sup> Le Comité consultatif sur l'Éradication de la Poliomyélite a conclu que « l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent pour des activités de vaccination supplémentaire constituait un nouvel outil important à la disposition de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite » et il a formulé des recommandations concernant son utilisation.<sup>2</sup> Ce vaccin oral bivalent a ensuite été utilisé pour la première fois dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en décembre 2009 en Afghanistan, puis au premier trimestre 2010 en Inde, au Nigéria et au Pakistan. La production devrait permettre de répondre à l'intégralité de la demande avant le deuxième trimestre de 2010.

4. Présidée par le Dr A. J. Mohamed (Oman), Vice-Président du Conseil exécutif, une évaluation indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus a été menée à bien par cinq sous-équipes réunissant au total 28 spécialistes de différentes disciplines, parmi lesquelles la santé publique, les programmes de vaccination, la vaccinologie, la mobilisation sociale et la sécurité. Collectivement, les sous-équipes ont consacré 24 personnes-mois à cette évaluation en Afghanistan, en Angola, en Inde, au Nigéria, au Pakistan, au Soudan, aux Bureaux régionaux OMS de l'Afrique et de la Méditerranée orientale ainsi qu'au Siège de l'OMS, consultant dans chaque pays les partenaires et les acteurs de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. L'équipe d'évaluation a soumis son rapport au Directeur général le 22 octobre 2009 et son rapport de situation au Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session en janvier 2010.<sup>3</sup>

5. En Inde, l'équipe d'évaluation a vérifié que la couverture était très élevée pendant les campagnes d'administration du vaccin antipoliomyélitique oral et a recommandé un programme de recherche ambitieux et une approche en plusieurs volets pour remédier au problème particulier que pose l'immunité partielle de la muqueuse intestinale vis-à-vis du poliovirus dans le nord du pays. Au Nigéria, l'équipe a recommandé de se prévaloir de l'augmentation de la couverture vaccinale obtenue en 2009, notamment en créant des dispositifs spécifiques pour que les dirigeants des collectivités locales soient amenés à répondre des résultats du programme, car les problèmes de gestion à ce niveau sont maintenant les obstacles les plus importants au succès. Constatant que l'insécurité est aujourd'hui l'un des obstacles les plus importants à l'éradication en Afghanistan et au Pakistan, l'équipe a souligné qu'il fallait des plans et des solutions propres aux districts et aux sous-districts des zones concernées, qui tiennent compte de la culture locale, des partenaires locaux et de la nature des troubles. Au Pakistan, l'équipe a aussi recommandé de surveiller la couverture obtenue grâce à la campagne d'administration du vaccin antipoliomyélitique oral au niveau des sous-districts afin de remédier à

---

<sup>1</sup> Rapports de surveillance indépendants des activités de vaccination supplémentaire menées en juillet et septembre 2009 ; données disponibles au Siège de l'OMS.

<sup>2</sup> Recommandations du Comité consultatif sur l'Éradication de la Poliomyélite relatives à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent contre les types 1 et 3. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 29(84) : 289-300.

<sup>3</sup> Document EB126/38 Add.1, section A.

l'absence de responsabilisation et à l'ingérence politique des dirigeants de district, surtout dans les zones infectées du Sindh et du Baloutchistan.<sup>1</sup>

6. L'équipe d'évaluation a jugé que si des poliovirus importés continuaient à se transmettre en Angola et au Tchad, et peut-être en République démocratique du Congo et au Soudan, c'était parce que les lignes directrices sur l'action à mener en cas de flambée de poliomyélite n'étaient pas entièrement appliquées. Elle a recommandé de considérer que la transmission avait repris dans ces zones, mettant en péril l'effort d'éradication mondiale. Pour limiter à l'avenir la propagation internationale des poliovirus, l'équipe d'évaluation a préconisé d'étendre la couverture vaccinale dans les districts voisins des zones où la poliomyélite est présente et d'axer les campagnes de vaccination sur les zones où le virus a été réintroduit et où la couverture de la vaccination systématique est médiocre. Elle recommandait de vacciner les voyageurs aux postes frontières entre les pays touchés et les pays épargnés en Afrique subsaharienne, et préconisait la vaccination des autres voyageurs, chaque fois qu'il conviendra, pour réduire encore le risque de propagation internationale, comme ce fut le cas durant le hajj.

7. Afin que l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite soutienne davantage les pays où la poliomyélite est présente, l'équipe a recommandé de poursuivre les travaux de recherche, d'adopter rapidement les innovations prometteuses (comme le vaccin antipoliomyélique oral bivalent) et de les appliquer à plus grande échelle ; elle a aussi recommandé que l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite fournisse aux pays où le poliovirus persiste après importation une assistance technique de la même importance que celle qu'elle apporte aux pays où la maladie est endémique, et que le travail de l'Initiative soit relié plus étroitement à l'action menée en vue de renforcer les systèmes de vaccination. L'équipe d'évaluation a recommandé en outre d'étudier d'autres mécanismes pour résoudre le problème des entités locales qui n'obtiennent pas de bons résultats.

8. Au 16 février 2010, 1595 cas de poliomyélite au total avaient été signalés dans 23 pays pour l'année 2009 : 1247 dans les quatre pays d'endémie (Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan), 142 dans les quatre pays où la transmission du poliovirus a ou aurait repris (Angola, République démocratique du Congo, Soudan et Tchad) et 206 dus à de nouvelles importations dans 15 autres pays de l'Afrique occidentale et centrale et de la Corne de l'Afrique.<sup>2</sup> Au Nigéria, l'augmentation de la couverture par le vaccin antipoliomyélique oral a contribué à une baisse de 50 % du nombre global de cas de poliomyélite et de 90 % du nombre de cas dus au poliovirus de type 1 par rapport à 2008. En Inde, même si le nombre de cas était voisin de celui enregistré en 2008, la nouvelle tactique adoptée en 2009 a permis de réduire à la fois la diversité génétique et l'étendue géographique des virus restants.<sup>3</sup> Au Pakistan, le nombre total de cas était de 25 % inférieur à celui enregistré au même moment en 2008, beaucoup d'entre eux étant survenus dans des zones d'insécurité ou ayant un lien génétique avec elles. En Afghanistan, la poliomyélite endémique persistait principalement dans 13 districts de la région du Sud, alors que le pays compte 329 districts. À la fin de 2009, aucun cas nouveau n'avait été signalé depuis plus de trois mois dans la Corne de l'Afrique, même si les flambées observées en Angola, au Tchad et en Afrique centrale et occidentale se poursuivaient.

---

<sup>1</sup> Independent evaluation of major barriers to interrupting poliovirus transmission – Executive Summary. 20 octobre 2009. Disponible à l'adresse [http://www.polioeradication.org/content/general/Polio\\_Evaluation\\_CON.pdf](http://www.polioeradication.org/content/general/Polio_Evaluation_CON.pdf) (consulté le 26 novembre 2009).

<sup>2</sup> Le nombre de cas de poliomyélite est accessible sur [www.polioeradication.org/cascount.asp](http://www.polioeradication.org/cascount.asp).

<sup>3</sup> Twentieth Meeting of the India Expert Advisory Group for Polio Eradication: conclusions and recommendations (Delhi, India, 24-25 June 2009) ; disponible sur [www.polioeradication.org/content/meetings/IEAG\\_200906.report.pdf](http://www.polioeradication.org/content/meetings/IEAG_200906.report.pdf).

9. Les résultats et l'impact du programme de travail 2009 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont été examinés par le Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination le 29 octobre 2009 et par le Comité consultatif sur l'Éradication de la Poliomyélite les 18 et 19 novembre 2009 lors d'une consultation spéciale tenue par le Groupe avec les pays touchés par la poliomyélite et les partenaires de l'Équipe mondiale de gestion. Le Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination a engagé l'Initiative à examiner rapidement les conclusions de l'évaluation indépendante ; il s'est également prononcé en faveur du renforcement du programme de recherche et a considéré le vaccin antipoliomyélique oral bivalent comme un nouvel outil important. Le Groupe a recommandé de suivre l'évolution des principaux indicateurs de l'Initiative au niveau international, les hauts responsables des organismes partenaires et des pays touchés devant exercer une surveillance influente. Le Comité consultatif sur l'Éradication de la Poliomyélite a estimé que les problèmes auxquels l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été confrontée en 2009 ne devraient pas occulter les importants progrès accomplis, notamment en Afghanistan, en Inde et au Nigéria. Les participants à la consultation du Comité consultatif sur l'Éradication de la Poliomyélite ont été d'avis que l'Initiative devrait définir, en concertation avec les pays et les partenaires, un nouveau plan stratégique de trois ans visant à interrompre la transmission du poliovirus sauvage au niveau mondial et fondé sur les conclusions et recommandations de l'évaluation indépendante.

10. A sa cent vingt-sixième session, le Conseil exécutif a salué et fortement appuyé la proposition concernant le plan stratégique de trois ans pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage là où elle subsistait encore dans le monde, estimant que le plan devait s'inspirer des principaux résultats du programme de travail pour 2009, à savoir notamment l'extension rapide de l'utilisation du nouveau vaccin antipoliomyélique oral bivalent, des plans spécifiques de district dans les zones confrontées à des problèmes de sécurité et dans d'autres zones à risque élevé, le renforcement des systèmes de vaccination dans les zones les plus exposées aux flambées et l'intensification de la vaccination des voyageurs afin de limiter la propagation internationale du poliovirus.<sup>1</sup> Le Conseil a également demandé que des échéances précises soient fixées pour que les responsables de l'application du nouveau plan aux niveaux national et international soient davantage tenus de rendre des comptes et que l'on suive les progrès accomplis à cet égard. Il a été convenu que le résumé de l'évaluation indépendante pourrait contenir un amendement prenant note des préoccupations pratiques exprimées par les membres du Conseil.

11. Suite à la résolution WHA61.1 de l'Assemblée de la Santé et aux indications données par le Conseil à sa cent vingt-sixième session, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a formulé un nouveau plan stratégique pour 2010-2012 – accompagné d'un budget correspondant – qui devait être soumis à l'examen de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Le nouveau plan stratégique propose d'apporter des modifications stratégiques fondamentales en particulier dans deux domaines principaux : atteindre les seuils de protection de la population nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans chaque zone où elle subsiste en Afrique et en Asie, et réduire les risques d'une propagation internationale et d'une réinfection des zones libérées de la poliomyélite. En février 2010, le budget pour les trois ans du nouveau plan stratégique s'établit à US \$2,6 milliards, avec un déficit de financement de 1,4 milliard, dont un déficit de US \$330 millions pour 2010. Pour faciliter la surveillance nationale et internationale des progrès accomplis et apporter à mi-parcours les ajustements qui pourraient s'imposer, le plan stratégique pour 2010-2012 prévoit des échéances précises sur le respect desquelles le Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination devra faire le point tous les six mois, ses conclusions étant soumises au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Directeur général.

---

<sup>1</sup> Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4.

## **B. LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE (résolution WHA57.2)**

12. La forme chronique de la trypanosomiase humaine africaine, provoquée par *Trypanosoma brucei gambiense*, est endémique dans 24 pays. Entre 2004 et 2008, le nombre déclaré de nouveaux cas a diminué de 40 %, passant à 10 235. Onze pays (Bénin, Burkina Faso, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Leone et Togo) n'ont signalé aucun cas et six pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Guinée équatoriale et Nigéria) ont signalé en moyenne moins de 100 nouveaux cas par an. Le Congo, l'Ouganda, la République centrafricaine et le Tchad ont déclaré entre 100 et 1000 nouveaux cas par an. L'Angola, la République démocratique du Congo et le Soudan sont les pays les plus touchés et ont signalé chacun plus de 1000 nouveaux cas par an en moyenne.

13. Pendant la même période, le nombre signalé de nouveaux cas de la forme aiguë de la trypanosomiase humaine africaine, causée par *T. b. rhodesiense*, qui est endémique dans 13 pays, a diminué de 56 %, passant à 259. Le Botswana, le Burundi, l'Éthiopie, la Namibie et le Swaziland n'ont signalé aucun cas. Le Kenya, le Mozambique, le Rwanda et le Zimbabwe ont signalé des cas sporadiques ; le Malawi et la Zambie ont notifié moins de 100 nouveaux cas par an ; enfin, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont signalé entre 100 et 1000 nouveaux cas par an.

14. Des partenariats public-privé ont permis aux pays où la trypanosomiase humaine africaine est endémique d'utiliser les meilleurs traitements existants. En 2004, 86 % des cas atteints de la forme à *T. b. gambiense* de deuxième stade suivaient un traitement de mélarsoprol, médicament toxique, alors qu'en 2008 cette proportion avait été ramenée à 51 % ; les autres cas suivaient un traitement d'éflornithine, médicament plus sûr.

15. En application de la résolution WHA50.36 sur la trypanosomiase africaine, l'OMS a signé un mémorandum d'accord avec la Commission de l'Union africaine pour combattre ensemble la maladie dans le cadre de la campagne panafricaine d'éradication de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiase. Par ailleurs, l'OMS, en collaboration avec la FAO, a lancé une initiative pour déterminer la répartition de la maladie dans le cadre du programme pluri-institutionnel de lutte contre la trypanosomiase africaine.

16. L'atténuation des crises sociales, le renforcement des capacités, un appui technique et financier accru à la lutte et à la surveillance, et la fourniture gratuite de réactifs à usage diagnostique et de médicaments contre la trypanosomiase ont permis aux personnes atteintes de trypanosomiase africaine d'accéder plus facilement au diagnostic et au traitement.

17. Malgré les progrès accomplis, la trypanosomiase humaine africaine reste une menace en Afrique, en particulier dans les zones de la République centrafricaine et de la République démocratique du Congo où les activités de lutte se heurtent à des problèmes de sécurité. Les pays d'endémie devraient recevoir un appui pour renforcer les activités de lutte et de surveillance de façon à repérer les poches isolées de transmission de la maladie et à améliorer la notification. Malheureusement, suite à la diminution du nombre de cas dépistés, la lutte contre la maladie est devenue moins prioritaire et l'on se trouve dans une situation semblable à celle d'il y a 50 ans, quand on croyait que la maladie avait été éliminée. De ce fait, la trypanosomiase humaine africaine est moins présente dans les esprits et d'autres priorités de santé publique l'ont fait passer à l'arrière-plan. Pour éviter que l'histoire ne se répète, il importe de trouver des moyens durables et économiques de surveiller et de combattre la trypanosomiase humaine africaine.

18. On ne peut lutter de façon soutenue contre la trypanosomiase humaine africaine que par une approche intégrée au titre de laquelle les activités de surveillance et de lutte sont menées dans le cadre de systèmes de santé renforcés et opérationnels. Il y a deux grands obstacles techniques : l'absence de test de diagnostic sensible et spécifique peu coûteux, facile à utiliser sur le terrain et acceptable à n'importe quel niveau du système de santé ; et l'absence d'un nouvel agent antitrypanosomique meilleur marché, plus sûr et plus facile à administrer que les médicaments existants et qui guérissent les deux formes de la maladie.

19. La tâche la plus urgente consiste à maintenir et étendre les activités de lutte et de surveillance à l'aide des meilleurs outils existants. Il faut accélérer la recherche de nouveaux outils. Il faut aussi mieux faire connaître la maladie et plaider pour qu'elle figure parmi les priorités et pour obtenir des fonds. L'OMS devrait continuer à diriger l'appui fourni aux pays et à coordonner le travail de toutes les parties contribuant à la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine et à la recherche sur cette maladie.

20. À sa cent vingt-sixième session en janvier 2010, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.<sup>1</sup>

### **C. SANTÉ GÉNÉSIQUE : STRATÉGIE POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS EN VUE DE LA RÉALISATION DES OBJECTIFS ET CIBLES DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAUX (résolution WHA57.12)**

21. La mise en œuvre de la stratégie a été renforcée (résolution WHA57.12) par l'ajout d'une nouvelle cible (5.B) à l'objectif du Millénaire pour le développement 5 : Instaurer, d'ici à 2015, l'accès universel à la santé génésique. Le Secrétariat a continué à apporter son soutien aux États Membres pour améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle et génésique et la qualité de ceux-ci, et pour accélérer la réalisation de l'accès universel aux services et produits appropriés.

22. Les activités mises en œuvre au niveau régional en collaboration avec les partenaires ont consisté, entre autres, à adapter la stratégie aux conditions régionales afin de répondre au mieux aux besoins locaux en matière de santé génésique ; à soutenir l'élaboration de politiques dont l'objectif est l'accès universel aux services et aux produits de santé génésique ; à étudier la faisabilité de l'évaluation des indicateurs qui sont énumérés dans le cadre de mise en œuvre de la stratégie ;<sup>2</sup> à organiser des consultations techniques sur les approches socioculturelles qui permettraient d'accélérer la réalisation des quatrième et cinquième objectifs ; à organiser des ateliers pour renforcer les capacités nationales en vue de la conception de stratégies et de politiques qui répondent aux besoins ; et à améliorer la qualité des soins.

23. En 2009, le Secrétariat a évalué les progrès accomplis par les États Membres dans les cinq grands domaines d'action définis dans la stratégie. Les réponses apportées à un questionnaire ont abouti aux résultats suivants :

---

<sup>1</sup> Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4.

<sup>2</sup> Document WHO/RHR/06.3.

- **Augmenter la capacité des systèmes de santé.** Des stratégies ont été conçues pour élargir les services de santé génésique et assurer la prestation des soins obstétricaux d'urgence essentiels dans les zones rurales. Des initiatives ont été adoptées pour inciter les dispensateurs de soins à travailler dans les zones difficiles d'accès. Une attention accrue a été portée aux soins préventifs, et des produits de santé génésique ont été inscrits sur les listes de médicaments essentiels.
- **Améliorer l'information permettant de fixer les priorités.** Des questions sur la santé génésique ont été introduites dans les enquêtes démographiques et les recensements.
- **Mobiliser la volonté politique.** Des ateliers ont été organisés à l'intention des parlementaires. On a diffusé des informations auprès des responsables politiques, et défendu l'importance de la santé génésique pour le développement et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
- **Créer des cadres législatifs et réglementaires propices.** Des textes législatifs sur l'offre de services de santé génésique et l'information connexe ont été adoptés.
- **Renforcer le suivi, l'évaluation et la responsabilité.** Des indicateurs de santé génésique ont été intégrés dans les mécanismes nationaux de suivi, et les données relatives à la mortalité maternelle ont été analysées.

24. L'étude a également montré que les États Membres ont mis en lumière plusieurs obstacles à l'amélioration des services de santé génésique. Parmi ceux-ci figurent les facteurs socioculturels défavorables ; les conflits armés ; les insuffisances dans la notification des indicateurs relatifs à la santé génésique quels qu'ils soient ; la difficulté d'accès pour les groupes vulnérables ; le manque de matériel et de dispensateurs de soins ; le refus des dispensateurs de travailler dans des zones reculées ; la méconnaissance des différentes méthodes de planification familiale ; et l'absence de services appropriés pour les adolescents.

25. La mise en œuvre des interventions essentielles mises au point par l'OMS pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé génésique a fait l'objet de rapports. Sur les 57 pays qui ont répondu à l'enquête, 48 (85 %) dans toutes les Régions ont indiqué que l'approche de l'OMS relative aux soins prénatals ciblés est intégrée dans les programmes de santé génésique et, dans plus de 80 % des pays, l'utilisation de sulfate de magnésium est prévue pour le traitement de la prééclampsie. Toutefois, les rapports indiquent que la mise en œuvre de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus est limitée et que la contraception d'urgence fait partie de la palette de méthodes de planification familiale proposées dans à peine plus de la moitié des pays.

26. Les données disponibles les plus récentes montrent que la mortalité maternelle recule de façon inégale dans le monde en développement. Des statistiques provenant du suivi des objectifs du Millénaire pour le développement dans les régions de l'Afrique orientale, de l'Afrique du Nord et de l'Asie du Sud-Est<sup>1</sup> témoignent d'un recul de 30 %, voire plus dans le nombre des décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2005, et les rapports en provenance d'Asie du Sud indiquent un recul de plus de 20 % au cours de la même période. En Afrique subsaharienne, le risque de décès

---

<sup>1</sup> United Nations Millennium Development Goals (MDG) monitoring regions (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/RegionalGroupings.htm>).



pendant la grossesse ou l'accouchement demeure élevé.<sup>1</sup> On estime que l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité a causé près de 70 000 décès maternels dans le monde en 2005, et près de 46 % de ces décès frappent des femmes de moins de 25 ans.<sup>2</sup>

27. L'utilisation d'une contraception efficace chez les femmes qui veulent espacer les grossesses ou cesser de procréer peut empêcher 32 % des décès maternels. Bien qu'à l'échelle mondiale plus de 60 % des femmes qui sont mariées ou vivent en couple utilisent des méthodes contraceptives, il existe des différences notables dans ce pourcentage d'une Région à l'autre. Les femmes d'Afrique subsaharienne ont le plus faible niveau d'utilisation de méthodes contraceptives (22 % en 2007). En matière de planification familiale, les besoins non satisfaits ont peu changé dans les pays les moins avancés : de 26 % en 1990, ils sont passés à 24 % en 2007. En Afrique subsaharienne, les besoins de planification familiale d'un quart des femmes mariées ou vivant en couple ne sont pas satisfaits. Ces besoins non satisfaits apparaissent plus élevés pour les femmes défavorisées que pour leurs homologues plus aisées (voir la figure). Répondre aux besoins en matière de planification familiale permettra aussi de réaliser d'autres objectifs que l'objectif 5. Par exemple, on estime que l'utilisation de la contraception pour promouvoir l'espacement des naissances permettra de prévenir 10 % des décès chez les nouveau-nés ; elle contribue aussi à l'autonomisation des femmes et à l'égalité des sexes en offrant aux femmes davantage de possibilités de participer aux activités de la société et à leurs propres activités de développement.

28. L'accès aux soins au cours de la grossesse et de l'accouchement est indispensable pour réduire le nombre de décès maternels et améliorer la santé maternelle. L'utilisation des services de santé maternelle essentiels a progressé depuis les années 1990. La proportion de femmes qui accouchent avec l'aide de personnel de santé qualifié est passée de 61 % au milieu des années 1990 à 66 % au milieu des années 2000 à l'échelle mondiale (voir le tableau).<sup>3</sup> La présence de personnel qualifié lors de la naissance varie, entre autres, en fonction de la situation socio-économique des femmes. Dans les pays en développement, la proportion médiane de naissances en présence de personnel de santé qualifié est de 50 % dans les zones rurales, alors qu'elle est de 83 % dans les zones urbaines.<sup>3</sup> De même, 43 % des femmes appartenant au quintile le plus pauvre reçoivent des soins prénatals au moins à quatre reprises, alors qu'elles sont 79 % dans le quintile le plus riche.

29. Il convient de se préoccuper des besoins en matière de santé génésique des garçons et des hommes. D'une manière générale, moins de 50 % des jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans indiquent utiliser un préservatif, bien qu'ils aient des comportements sexuels à haut risque.<sup>4</sup> Dans de nombreux pays en développement, moins d'un tiers des hommes savent que les deux façons d'éviter les infections sexuellement transmissibles sont, d'une part, l'utilisation de préservatifs et, d'autre part, soit l'abstinence soit le fait d'avoir un seul partenaire non infecté. Il a été démontré que les programmes d'éducation à la sexualité avaient un effet significatif en réduisant les comportements sexuels à risque. L'OMS et ses partenaires mènent des travaux de recherche et élaborent actuellement des lignes directrices sur la santé sexuelle et génésique des hommes et leur rôle dans l'amélioration de la santé sexuelle et génésique des femmes. Parmi les sujets prioritaires figurent la planification familiale, la stérilité, la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, y compris de

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, Fifth edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

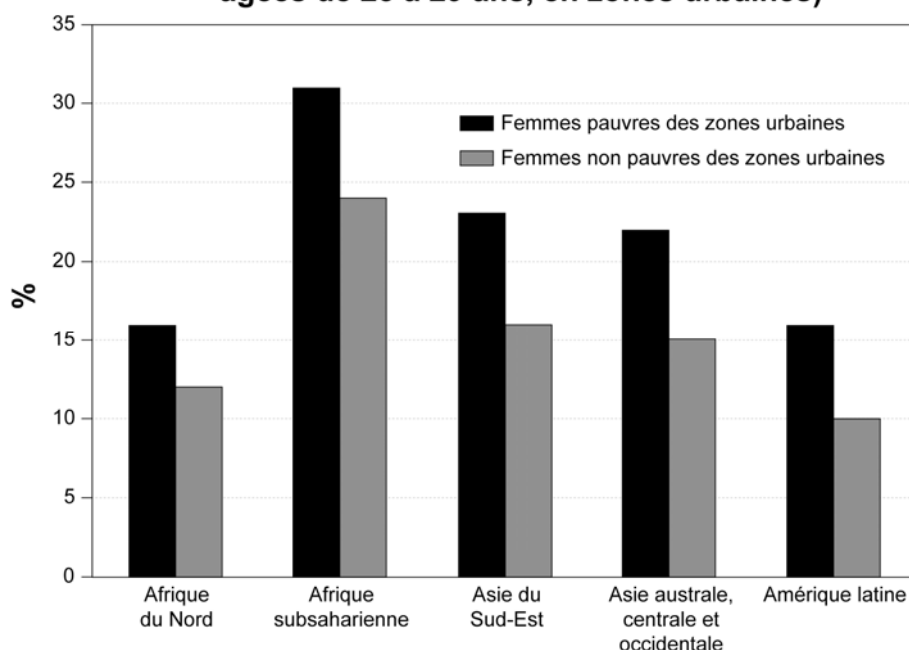
<sup>3</sup> *Statistiques sanitaires mondiales 2009*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>4</sup> The Millennium Development Goals Report 2009, Statistical Annex; Indicator 6.2.

l'infection à VIH, la santé sexuelle et les droits de l'homme, la santé maternelle, la violence à l'égard des femmes, les mutilations génitales féminines, l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et génésique pour les garçons et les jeunes hommes, et la mobilisation des garçons et des hommes pour promouvoir l'égalité entre les sexes. Les études qui ont porté sur les interventions visant à inciter les hommes à prendre part à la prévention des conséquences indésirables dans le domaine de la santé sexuelle et génésique ont montré des résultats positifs pour ce qui est, par exemple, de l'utilisation des préservatifs (passée de 55 % à 78 %), de la prise de décision entre partenaires concernant l'utilisation du préservatif (passée de 23 % à 45 %), de la fréquence du recours aux services de conseil et de dépistage volontaire pour l'infection à VIH, et du nombre des grossesses d'adolescentes.

30. Le Secrétariat a pris note de l'appel lancé par le Conseil exécutif<sup>1</sup> afin que des ressources institutionnelles soient consacrées à la santé sexuelle et génésique et il travaille avec ses partenaires afin d'obtenir des ressources durables. L'OMS et ses partenaires, y compris les ministères de la santé, continueront à mettre en place des interventions efficaces de manière systématique en utilisant, entre autres, le Programme de partenariat stratégique OMS/UNFPA afin d'améliorer la santé sexuelle et génésique.

**Figure. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale, en fonction de la situation socio-économique (femmes mariées, âgées de 25 à 29 ans, en zones urbaines)**



Source : Montgomery MR et al (Eds). *Cities transformed: demographic change and its implication in the developing world*. Committee on Population, National Research Council of the National Academies. Washington DC, The National Academy Press, 2003.

WHO 10.8

<sup>1</sup> Document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4C.

**Tableau. Proportion d'accouchements en présence d'un agent de santé qualifié : évolution au niveau régional**

|   | 1991-1999<br>% | 2000-2008<br>% |
|---|----------------|----------------|
| <b>Régions OMS</b>                        |                |                |
| Région africaine                          | 48             | 46             |
| Région des Amériques                      | 87             | 92             |
| Région de l'Asie du Sud-Est               | 40             | 48             |
| Région européenne                         | 95             | 96             |
| Région de la Méditerranée orientale       | 42             | 59             |
| Région du Pacifique occidental            | 85             | 92             |
| <b>Groupes de revenu</b>                  |                |                |
| Revenu faible                             | 39             | 41             |
| Revenu intermédiaire (tranche inférieure) | 62             | 70             |
| Revenu intermédiaire (tranche supérieure) | 90             | 95             |
| Revenu élevé                              | 98             | 99             |
| <b>Total mondial</b>                      | <b>61</b>      | <b>65</b>      |

Source : *Statistiques sanitaires mondiales 2009*.

#### **D. ACCÉLÉRATION DE LA PRODUCTION DE PERSONNELS DE SANTÉ (résolution WHA59.23)**

31. Plusieurs Régions et pays se sont engagés à augmenter les effectifs de santé et beaucoup d'entre eux ont adopté des solutions novatrices. Les organisations multilatérales et bilatérales, les initiatives spéciales, la société civile, le secteur privé et les organisations philanthropiques ont aussi reconnu la nécessité de développer les ressources humaines pour la santé.

32. Le Secrétariat s'emploie à répondre, aux niveaux mondial, régional et national, aux demandes adressées par l'Assemblée mondiale de la Santé au Directeur général dans la résolution. Tenant compte du nouvel élan donné aux soins de santé primaires, il a dégagé trois grands axes stratégiques : fournir des informations stratégiques sur les ressources humaines pour la santé ; promouvoir des investissements stratégiques afin de développer les ressources humaines pour la santé ; et promouvoir des approches novatrices pour harmoniser les politiques et programmes de façon à dispenser des soins aux communautés et aux individus tout au long de leur vie. Le Secrétariat a défini trois grands domaines d'action : sensibilisation, travail normatif et renforcement des capacités dans les Régions et les pays.

33. Dans le cadre de la sensibilisation, l'OMS a collaboré avec de grands acteurs pour fixer des objectifs en matière de développement des ressources humaines. Par exemple, l'Agence japonaise de Coopération internationale s'est engagée à financer la formation de 100 000 nouveaux agents de santé en Afrique subsaharienne ; de même, il est prévu de former 140 000 nouveaux agents de santé dans le cadre du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida. L'OMS a également

plaidé pour que la production de personnels de santé soit un des domaines d'investissement essentiels du Groupe spécial de haut niveau sur le financement novateur des systèmes de santé et elle a fourni un appui en vue d'estimer les coûts du développement des ressources humaines pour la santé. En 2008, les membres du G8 ont reconnu qu'il fallait augmenter les effectifs de façon à atteindre le seuil fixé par l'OMS de 2,3 agents de santé pour 1000 habitants, objectif qu'ils ont réaffirmé dans la déclaration des dirigeants des pays du G8 au Sommet de 2009.<sup>1</sup>

34. L'OMS a organisé avec l'Alliance mondiale pour les personnels de santé le premier Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé (Kampala, Ouganda, 2-7 mars 2008), lors duquel ont été adoptés la Déclaration de Kampala et le Programme pour une action mondiale.<sup>2</sup>

35. Conformément à la mission de l'OMS et en application de la résolution WHA57.19 sur les migrations internationales des personnels de santé, le Secrétariat travaille avec les États Membres à l'élaboration d'un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé. À ce sujet, dans leur déclaration du Sommet de juillet 2009, les dirigeants des pays du G8 ont demandé à l'OMS de mettre définitivement au point le code d'éthique volontaire pour le recrutement des agents de santé et ils ont engagé les pays à l'adopter.

36. Le Secrétariat a collaboré avec des initiatives internationales pour la santé comme l'Alliance GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à la mise au point de recommandations visant à soutenir l'affectation d'autant de fonds que possible à des solutions viables et durables en matière de ressources humaines pour la santé.<sup>3</sup>

37. En collaboration avec l'ONUSIDA et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, l'OMS a publié des recommandations et des lignes directrices mondiales sur la délégation des tâches.<sup>4</sup> Celles-ci couvrent également la production de personnels de niveau intermédiaire et d'agents de santé communautaires. Les lignes directrices sont maintenant suivies dans 15 pays d'Afrique subsaharienne.

38. L'OMS et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida œuvrent en partenariat dans le cadre d'une nouvelle initiative visant à développer l'enseignement de la médecine et des soins infirmiers afin que les pays disposent de ressources humaines durables pour la santé.

39. Le Secrétariat contribue aussi à accroître le nombre de sages-femmes afin de progresser vers le cinquième objectif du Millénaire pour le développement (Améliorer la santé maternelle).

40. L'OMS, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, l'AID des États-Unis d'Amérique et d'autres partenaires ont conçu ensemble le Cadre d'action relatif aux ressources humaines pour la santé en vue de rationaliser l'action menée au niveau des pays et de concevoir des outils opérationnels qui aideront les pays à augmenter les effectifs de santé.

---

<sup>1</sup> [http://www.g8italia2009.it/G8/Home/Summit/G8-G8\\_Layout\\_locale-1199882116809\\_Atti.htm](http://www.g8italia2009.it/G8/Home/Summit/G8-G8_Layout_locale-1199882116809_Atti.htm).

<sup>2</sup> <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2011/en/index.html>.

<sup>3</sup> <http://www.who.int/healthsystems/publications/positivesynergiesdocs/en/index.html>.

<sup>4</sup> OMS, Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, ONUSIDA. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines on task shifting*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

41. Le Secrétariat fournit un soutien technique aux États Membres pour appliquer les recommandations du Groupe spécial de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé chargé de développer la formation des agents de santé. L'OMS a participé à l'élaboration de ces recommandations,<sup>1</sup> qui prévoient de dresser un plan décennal pour produire davantage de personnels de santé.

42. Le Secrétariat a fourni un appui aux pays pour présenter au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme des propositions comprenant des interventions destinées à augmenter les effectifs de santé. Le Fonds mondial a alloué 23 % du financement global aux ressources humaines pour la santé lors des séries 2 à 7 d'octroi de subventions.

43. Le Secrétariat a fourni un appui à deux réseaux de formation en Afrique afin de mettre en place des programmes d'enseignement axés sur le développement des ressources humaines pour la santé. Il est aussi le principal animateur d'un forum en ligne sur lequel plus de 500 parties intéressées échangent des informations en vue d'accroître les effectifs de santé.

44. Plusieurs pays ont développé leurs ressources humaines pour la santé avec l'appui technique de l'OMS et de partenaires. Le Brésil a formé et affecté 30 000 équipes de santé familiale qui, en 2008, avaient desservi 70 % de la population. Au cours des trois dernières années, l'Éthiopie a formé et affecté plus de 25 000 agents de vulgarisation sanitaire et environ 6800 autres sont en cours de formation ; le nombre de nouveaux étudiants en médecine est passé de 200 par an en 2006 à 1500 en 2008 et une stratégie innovante de formation médicale en quatre ans est actuellement à l'étude. Au Malawi, le nombre de docteurs en médecine diplômés chaque année est passé de 17 en 2002 à 59 en 2008 ; le nombre de cliniciens, de 66 à 103 ; le nombre d'assistants médicaux, de zéro à 192 ; et le nombre d'infirmières et de sages-femmes, de 168 à 322.

45. À sa cent vingt-sixième session en janvier 2010, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.<sup>2</sup>

## **E. RENFORCEMENT DES SOINS INFIRMIERS ET OBSTÉTRICAUX (résolution WHA59.27)**

46. En application de la résolution WHA59.27 et en collaboration avec des partenaires internationaux, régionaux et nationaux, le Secrétariat agit avec les États Membres au niveau régional pour renforcer les capacités nationales dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux. Il est rendu compte ici des progrès accomplis en vue de développer les ressources humaines pour la santé, renforcer les systèmes de santé dans le contexte des soins de santé primaires et optimiser la contribution du personnel infirmier et des sages-femmes à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, Alliance mondiale pour les personnels de santé. *Scaling Up, Saving Lives: summary and recommendations*. Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

<sup>2</sup> Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4.

## Développer les ressources humaines pour la santé

47. En collaboration avec 45 organismes représentant les professionnels de la santé, l'OMS a conçu un cadre de collaboration interprofessionnelle sur les plans de la formation et de la pratique, qui servira de stratégie pour utiliser le personnel de santé à bon escient. Ce cadre est actuellement à l'essai dans deux pays de la région des Caraïbes.

48. En 2008, le Secrétariat a élaboré un programme mondial de travail assorti d'outils et de normes en collaboration avec des partenaires et des représentants des États Membres.<sup>1</sup> Conformément à ce programme, un pays de chacune des six Régions de l'OMS mène les activités suivantes : renforcement de la formation aux soins infirmiers et obstétricaux, amélioration de la prestation des services de santé, promotion de milieux de travail propices, développement des moyens de direction et de gestion ainsi que des partenariats.

49. Le Bureau régional du Pacifique occidental a mis au point un modèle de 15 indicateurs de base pour prévoir les besoins en matière de ressources humaines pour la santé. Cinq pays de trois Régions de l'OMS utilisent le modèle pour planifier leurs effectifs de santé de façon à disposer d'un nombre suffisant d'infirmières et de sages-femmes compétentes.

## Renforcer les systèmes de santé dans le contexte des soins de santé primaires

50. Toutes les Régions de l'OMS ont commencé à réorienter les programmes de soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre du renouveau des soins de santé primaires. En 2009, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a appuyé la création de programmes nationaux de soins infirmiers axés sur la santé de la famille. Le Bureau régional de l'Europe a établi un rapport sur les possibilités d'appliquer ces programmes aux besoins sanitaires actuels de la population.

51. L'OMS et ses partenaires essentiels ont plaidé en faveur d'une réforme de la réglementation qui aiderait à renforcer les systèmes de santé. Vingt pays de la Région des Amériques ont entrepris d'actualiser la réglementation des soins infirmiers d'après les résultats d'une étude du Bureau régional des Amériques. En 2009, huit pays francophones de la Région africaine ont étudié le rôle et les fonctions des organismes de réglementation et 21 pays ont dressé des plans d'action nationaux.

52. Un recueil de 38 études de cas effectuées dans 29 pays sur des modèles probants de soins de santé primaires a été publié.<sup>2</sup> Les enseignements qui en ont été tirés permettront de renforcer le rôle des infirmières et des sages-femmes dans les initiatives tendant au renouveau des soins de santé primaires.

## Optimiser la contribution des infirmières et des sages-femmes

53. En 2008, les orientations de politique générale données par le Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux prévoient, entre autres, la création d'un groupe pluridisciplinaire de haut niveau sur le renouveau des soins de santé primaires. L'OMS fournit un appui technique au Groupe pour revoir les politiques en la matière et les modèles de soins de santé.

---

<sup>1</sup> *Scaling up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the Millennium Development Goals: Programme of Work, 2008-2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

<sup>2</sup> *Now more than ever: the contribution of nurses and midwives to primary health care. A compendium of primary care case studies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (document WHO/HRH/HPN/09.2).

54. L'OMS a établi un projet de stratégie pour développer plus rapidement les ressources humaines indispensables si l'on veut atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour le développement (Améliorer la santé maternelle) d'ici à 2015. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est fournit un appui aux États Membres pour renforcer les programmes d'enseignement et réformer la formation préalable et la formation en cours d'emploi dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

55. Dans le cadre de la collaboration permanente entre le Secrétariat et différentes parties prenantes, deux ateliers de renforcement des capacités ont été organisés à l'aide du module de formation à la prévention des infections et à la lutte contre les maladies respiratoires aiguës ;<sup>1</sup> un article sur la contribution des infirmières et des sages-femmes à l'éradication de la poliomyélite et à la lutte contre la rougeole a également été publié ;<sup>2</sup> par ailleurs, un réseau Asie-Pacifique pour la préparation aux catastrophes et la gestion des catastrophes est entré en service conformément à la recommandation formulée lors de la consultation mondiale sur les soins infirmiers et obstétricaux organisée en 2008 à Genève.

56. L'OMS a prêté son concours à 14 pays de la Région des Amériques pour organiser des campagnes de vaccination contre l'hépatite B dans le but de prévenir la transmission d'agents pathogènes véhiculés par le sang parmi le personnel de santé ; 500 000 agents de santé ont ainsi été vaccinés. Un nouveau plan mondial de santé au travail a été établi pour la période 2009-2012. De plus, une consultation internationale organisée par l'OMS (Genève, 14-16 septembre 2009) a permis de s'entendre sur les recommandations et les options préconisées concernant l'accès du personnel de santé aux services spécialisés dans le VIH et la tuberculose.

### **Orientations futures**

57. On est en train de revoir les *Orientations stratégiques pour le renforcement des services infirmiers et obstétricaux (2002-2008)* en fonction des priorités actuelles de l'action sanitaire mondiale et du onzième programme général de travail.

58. L'OMS continuera à faire en sorte qu'on investisse davantage dans le développement des personnels infirmiers et obstétricaux à tous les niveaux et s'efforcera d'intensifier la collaboration interprofessionnelle pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et contribuer au renouveau des soins de santé primaires.

59. À sa cent vingt-sixième session en janvier 2010, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> *Prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans le cadre des soins : recommandations provisoires de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (document WHO/CDS/EPR/2007.6).

<sup>2</sup> Nkowane A et al. The role of nurses and midwives in polio eradication and measles control activities: a survey in Sudan and Zambia. *Human Resources for Health*, 2009, 7:78.

<sup>3</sup> Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4.

## **F. ÉLIMINER DURABLEMENT LES TROUBLES DUS À UNE CARENCE EN IODE (résolution WHA60.21)**

60. Les troubles dus à une carence en iode sont une cause importante et évitable de détérioration de la fonction cognitive. Dans la résolution WHA43.2, l'Assemblée de la Santé a fixé à l'OMS pour objectif d'éliminer le problème de santé publique que posent ces troubles, objectif qu'elle a réaffirmé dans la résolution WHA49.13. Dans ses résolutions ultérieures, elle a demandé de redoubler d'efforts pour renforcer les engagements afin d'éliminer durablement ces troubles et d'accroître les efforts pour atteindre ceux qui n'en sont pas encore protégés.<sup>1</sup> À sa cent vingt-sixième session en janvier 2010, le Conseil exécutif a pris note d'une précédente version du présent rapport, qui décrit les progrès accomplis pour atteindre l'objectif de l'élimination au cours des trois dernières années.<sup>2</sup>

61. Le bilan iodé des populations a été établi en mesurant l'excrétion urinaire d'iode chez les enfants d'âge scolaire.<sup>3</sup> Au cours de la période de cinq ans qui s'est écoulée entre 2004 et 2008, seuls 37 des 193 États Membres de l'OMS ont fourni des données nationales sur les concentrations urinaires en iode chez les enfants d'âge scolaire, qui couvraient 36,3 % des enfants d'âge scolaire dans le monde. Ces données révèlent que neuf pays avaient un bilan iodé faible, considéré comme significatif du point de vue de la santé publique ;<sup>4</sup> dans 17 pays, l'apport en iode était suffisant et, dans huit pays, il était excessif. Trois pays avaient mis en évidence un risque accru de troubles de la thyroïde dans les groupes vulnérables. Avec seulement 37 États Membres fournissant des données nationales relatives à la concentration d'iode urinaire chez les enfants d'âge scolaire entre 2004 et 2008, il est difficile de produire une estimation mondiale de la carence en iode sur la base des seules données nationales. Lorsque l'on examine l'ensemble des rapports provenant des différents niveaux administratifs entre 1993 et 2007, le nombre de pays dans lesquels les troubles dus à une carence en iode posent un problème de santé publique a diminué de plus de moitié, passant de 110 à 47. Cette année, le Secrétariat lancera une étude mondiale pour analyser les progrès accomplis pour éliminer ces troubles.

62. Le nombre de pays qui ont fourni des données sur le bilan iodé des populations, qui pourront être saisies dans le Système d'information nutritionnelle de l'OMS sur les apports en vitamines et en minéraux, a diminué pour passer de 47 en 1993-2003 à 37 pour la période 2004-2008. Il convient de produire davantage de données sur les femmes en âge de procréer, étant donné qu'elles sont une cible importante des programmes de santé publique.

### **Stratégie de lutte contre les troubles dus à une carence en iode**

63. La stratégie de prédilection pour lutter contre les troubles liés à une carence en iode reste l'iodation universelle du sel. On a choisi le sel comme aliment à enrichir parce que sa consommation est relativement stable tout au long de l'année et que la technique d'iodation est peu coûteuse et facile à réaliser. De plus, la concentration d'iode dans le sel peut être facilement adaptée en fonction des

---

<sup>1</sup> Résolutions WHA58.24 et WHA60.21.

<sup>2</sup> Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4.

<sup>3</sup> La concentration médiane d'iode urinaire (IU) est un indicateur de l'apport d'iode. Les pays sont divisés en trois groupes : « apport d'iode suffisant » (IU 100-199 µg/l), « apport d'iode supérieur à l'apport recommandé » (IU 200-299 µg/l) et « apport d'iode excessif » (IU >300 µg/l), c'est-à-dire supérieur à la quantité nécessaire pour prévenir et guérir les troubles dus à une carence en iode.

<sup>4</sup> Concentration d'iode urinaire chez les enfants d'âge scolaire <100 µg/l.



politiques visant à réduire la consommation de sel pour éviter des maladies chroniques.<sup>1</sup> L'iodation du sel est plus efficace si elle est exigée par la loi.

64. La supplémentation en iode est également recommandée, surtout pour les groupes vulnérables comme les femmes enceintes et les jeunes enfants vivant dans des communautés à haut risque qui ont peu de chances d'avoir accès à du sel iodé<sup>2</sup> ou en tant que stratégie provisoire quand l'iodation du sel est mal assurée. Les pays où au moins 90 % des ménages ont accès à du sel correctement iodé sont aujourd'hui au nombre de 36,<sup>3</sup> contre 33 en 2006<sup>4</sup> et 28 en 2004.<sup>5</sup> On estime qu'à l'échelle mondiale 70 % des ménages ont accès à du sel iodé.

65. Une consultation d'experts qui a été organisée en 2007 sur le choix du sel comme aliment à enrichir<sup>1</sup> a conclu que les politiques d'iodation du sel sont compatibles avec les politiques de réduction de la consommation de sel aux fins de prévention des maladies cardio-vasculaires. Les autorités nationales doivent ajuster la recommandation actuelle d'iodation du sel (20-40 ppm) à la lumière de leurs propres statistiques sur l'apport alimentaire de sel et la concentration médiane d'iode urinaire dans la population. Le Secrétariat examine actuellement ses lignes directrices sur l'utilisation du sel comme aliment à enrichir en iode et a pour objectif de produire des recommandations pour l'ajustement de la concentration en iode du sel enrichi en fonction de l'apport alimentaire de sel dans la population.

### Suivi et évaluation

66. Il est indispensable de suivre et d'évaluer l'impact des programmes de lutte contre les troubles liés à une carence en iode pour s'assurer que les interventions sont à la fois sûres et efficaces. Il est actuellement recommandé aux pays de mener une enquête nationale sur le bilan iodé de la population tous les trois à cinq ans. Des directives révisées concernant les indicateurs à l'aide desquels évaluer et surveiller ces programmes ont été publiées en 2007 par l'OMS, l'UNICEF et le Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode. Une déclaration conjointe sur le niveau optimal d'iode pour les femmes enceintes et allaitantes et les jeunes enfants a été publiée en 2007 par l'OMS et l'UNICEF.<sup>6</sup>

67. En 2010, l'OMS organisera une consultation technique en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Géorgie, États-Unis d'Amérique) afin de débattre des méthodes envisageables pour produire des estimations régionales et mondiales de la carence en iode et d'autres carences en vitamines et oligo-éléments, en particulier lorsque les données nationales font défaut.

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Salt as a vehicle for fortification. Report of a WHO Expert Consultation, Luxembourg, 21-22 March 2007*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. *Joint Statement: Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

<sup>3</sup> UNICEF. *State of the World's Children*. New York, UNICEF, 2010.

<sup>4</sup> UNICEF. *State of the World's Children*. New York, UNICEF, 2007.

<sup>5</sup> UNICEF. *State of the World's Children*. New York, UNICEF, 2004.

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. *Joint Statement: Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

## Sensibilisation

68. Le Réseau mondial pour l'élimination durable de la carence en iode soutient les efforts que font les pays pour parvenir à éliminer plus vite les troubles liés à une carence en iode en s'attachant à promouvoir la collaboration entre les secteurs public et privé et entre les organisations scientifiques et celles de la société civile. Le Réseau a élaboré un plan de communication afin de sensibiliser les décideurs et les autorités de santé publique à l'importance de la carence en iode.

## G. MULTILINGUISME : MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION (résolution WHA61.12)

69. La mise en œuvre du plan d'action sur le multilinguisme relève d'un coordonnateur spécial chargé de la promotion du multilinguisme<sup>1</sup> qui collabore avec des points focaux au Siège<sup>2</sup> et dans les bureaux régionaux afin de promouvoir le respect de la diversité linguistique et de renforcer la production multilingue de l'OMS.

70. Sous l'égide du coordonnateur spécial, une plate-forme électronique baptisée « e-Pub » a été mise en place pour faciliter **la fixation des priorités en matière de traduction**. Les bureaux régionaux de l'OMS ont également avancé dans la fixation de ces priorités avec les États Membres par le biais de consultations informelles visant à définir les thèmes et les titres particulièrement importants. Ainsi, par exemple, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a entrepris une étude visant à définir les thèmes et les titres techniques auxquels les États Membres accordent le plus d'importance en vue d'une publication dans les langues nationales. Au Bureau régional du Pacifique occidental, des réunions sont prévues au cours du premier semestre 2010 avec les États Membres pour fixer les priorités concernant la traduction en chinois et en vietnamien.

71. Soucieux de se prévaloir des technologies nouvelles pour rationaliser les opérations en faveur du multilinguisme, le Secrétariat a mené avec succès des essais pilotes sur un nouveau logiciel permettant de publier des versions multilingues à partir d'une source unique. Le logiciel qui assure un maximum de fiabilité et d'efficacité est utilisé dans la production du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, avec des résumés de tous les articles dans les six langues.

72. Les efforts ont été poursuivis pour que **les produits de l'information de l'OMS soient disponibles dans les langues officielles et non officielles**. Le Bureau régional de l'Europe a accédé à 70 demandes de droits de traduction en 2009, alors que le Bureau régional des Amériques a traduit 12 publications. En 2009, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a traduit 52 publications en arabe et accédé à 54 demandes de traduction dans des langues non officielles telles que le farsi et l'ourdou. L'an dernier, avec la collaboration de partenaires extérieurs de 40 États Membres, le Siège de l'OMS a assuré la publication multilingue de 192 produits dans 41 langues au total.

73. On a constaté un renforcement perceptible **du contenu technique multilingue sur le site Web du Siège de l'OMS** et l'information sur plus de 35 thèmes sanitaires essentiels est désormais disponible dans toutes les langues officielles. En 2009, plus de 1700 pages dans chaque langue officielle ont été rajoutées au site gouvernance de l'OMS. La même année, 500 à 700 pages environ

---

<sup>1</sup> Voir le document EB121/6.

<sup>2</sup> En particulier dans les domaines de la traduction, des publications et de la bibliothèque, ainsi que sur le site Web.

dans chaque langue ont en outre été rajoutées au site général de l'Organisation. Les choix ont été effectués en fonction des thèmes prioritaires pour chaque langue – définis d'après les statistiques du Web et les objectifs stratégiques de l'OMS – ainsi que des crises sanitaires et des situations d'urgence. La sensibilisation à l'importance du multilinguisme sur Internet a été renforcée et davantage d'unités techniques ont demandé des sites Web multilingues. L'an dernier, 10 sites techniques ont été entièrement disponibles dans toutes les langues officielles. L'OMS a établi **son premier guide de style multilingue pour le Web** qui vise à normaliser les usages linguistiques et à contrôler la qualité sur le site de l'Organisation.<sup>1</sup>

74. Le Bureau régional de l'Europe a publié 465 pages Web dans des langues autres que l'anglais sur son site en 2009 et 47 % des documents nouvellement accessibles dans les archives en ligne étaient en allemand, en français ou en russe. En 2009, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a rajouté 450 pages en arabe sur son site Web et traduit des versions intégrales du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* en arabe qui sont accessibles sur le site Web de l'OMS.

75. Il était proposé dans le plan d'action de créer **des archives institutionnelles mondiales** pour rassembler et conserver sous forme numérisée la production intellectuelle de l'OMS. À la suite d'une procédure d'évaluation élargie, une plate-forme électronique faisant appel à un logiciel libre a été choisie, en partie car elle pouvait prendre en charge un contenu multilingue très volumineux.<sup>2</sup> Cette plate-forme sera adaptée pour optimiser la navigation, la recherche et la récupération des données dans toutes les langues officielles et un plan d'application a été préparé pour son déploiement.

76. Au Bureau régional du Pacifique occidental, le lancement officiel de la plate-forme de l'*Index Medicus* est prévu en mai 2010. Elle permettra d'accéder aux revues médicales en chinois, coréen, japonais, mongol et vietnamien avec des résumés en anglais. Au Bureau régional de l'Afrique, la base de données de l'*Index Medicus* continue à réunir et à enregistrer les données des pays anglophones, francophones et lusophones.

77. Le réseau **ePORTUGUÊSe** est une plate-forme permettant de promouvoir le renforcement des capacités et de la collaboration entre pays lusophones. Le réseau a contribué à mettre sur pied des bibliothèques nationales virtuelles de la santé dans tous les pays africains lusophones ainsi qu'au Timor-Leste dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

78. Dans la résolution WHA61.12, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de veiller à ce que soit établie **une base de données permettant de connaître les langues officielles** maîtrisées par les membres du personnel de la catégorie professionnelle. Pour donner suite à cette demande, une étude pilote a été effectuée dans un Département au Siège.<sup>3</sup>

79. **La formation linguistique** continue d'être offerte gratuitement aux membres du personnel de l'OMS. En 2009, au Siège de l'OMS, 1050 membres du personnel ont suivi un cours de formation

---

<sup>1</sup> De plus, une section de terminologie et un poste de terminologue ont été créés au Bureau régional de l'Afrique afin d'harmoniser le style. Au Bureau régional de l'Europe, un guide de style est en train d'être adapté en allemand, en français et en russe.

<sup>2</sup> Un nouveau nom public a été choisi pour les archives de l'Organisation : IRIS (Institutional Repository for Information Sharing – Archives institutionnelles pour les échanges d'informations).

<sup>3</sup> Les résultats de l'étude peuvent être obtenus du coordonnateur spécial. Des études du même type seront effectuées dans d'autres Départements et seront suivies par une étude au niveau de l'ensemble de l'Organisation.

linguistique, 12 % ayant étudié l'anglais, 2 % l'arabe, 2 % le chinois, 15 % l'espagnol, 65 % le français et 2 % le russe.

80. Le Conseil exécutif, à sa cent vingt-sixième session en janvier 2010, a pris note d'une version antérieure du présent rapport.<sup>1</sup>

## **H. SANTÉ DES MIGRANTS (résolution WHA61.17)**

81. Depuis l'adoption de la résolution WHA61.17, la crise économique mondiale a eu des répercussions importantes sur la population des migrants, suscitant des préoccupations quant aux effets du chômage, de la baisse des salaires et de la détérioration des conditions de travail sur leur santé. Les flux de migration clandestine, due principalement à la pauvreté et à l'absence d'emploi, continuent à avoir des conséquences sanitaires considérables, car beaucoup de migrants en situation irrégulière n'ont pas accès aux services de santé. De plus, les catastrophes naturelles, les conflits armés et l'insécurité alimentaire ont fait des millions de personnes déplacées, dont la santé est de ce fait précaire. La pandémie de grippe A (H1N1) 2009 a fait ressortir les liens entre la mobilité de la population et la propagation des maladies ; face à une telle situation, l'accès universel aux mesures de prévention et aux soins est indispensable, quel que soit le statut des migrants.

82. En ce qui concerne les déplacements forcés de population, l'OMS a continué son travail de chef de file du Groupe de responsabilité sectorielle Santé, collaborant avec ses partenaires, les gouvernements et les communautés pour réduire le nombre de décès évitables, la charge de la maladie et les incapacités dans les pays touchés par des crises ou qui y sont vulnérables.

83. L'Organisation a mobilisé des ressources pour que les populations déplacées ou touchées par des crises aient plus facilement accès aux services de santé. Les groupes visés sont les réfugiés, les personnes déplacées dans leur pays, les rapatriés et les communautés hôtes, en particulier en Afghanistan, au Cameroun, en Colombie, en Jordanie, au Pakistan, en République arabe syrienne, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, au Soudan et au Tchad. On s'est également efforcé de faire figurer des informations concernant la santé des personnes déplacées dans les systèmes d'information sanitaire nationaux.

84. L'OMS a fourni un appui aux États Membres et aux partenaires pour rassembler des données sur certains groupes de migrants avec lesquels il est difficile d'entrer en contact, par exemple ceux de la partie sud du Mexique et des provinces frontalières de la Thaïlande. Le rôle de l'Organisation a consisté à recueillir des informations sur l'état de santé des migrants et sur les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de santé. Dans la Région OMS de l'Europe, les recherches effectuées auprès des femmes migrantes en vue de promouvoir leurs droits en matière de santé génésique ont permis d'établir une documentation sur les mesures qui facilitent l'accès aux services de santé et qui influent sur les déterminants de la santé des migrants.

85. Dans la Région européenne, un groupe de travail sur la santé des migrants a recensé les activités menées dans la Région dans ce domaine ; le groupe a communiqué ses informations aux bureaux de pays et coordonné les apports techniques aux processus portant sur la question. Dans le cadre de la consultation multipartite sur la santé des migrants organisée au niveau de l'Union européenne sur le

---

<sup>1</sup> Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4.

---

thème « une meilleure santé pour tous » (Lisbonne, 24 et 25 septembre 2009), l'OMS a corédigé des recommandations préconisant une politique qui tienne compte des besoins particuliers des migrants.

86. Plusieurs initiatives européennes ont cherché, en collaboration avec des partenaires, à prévenir la propagation des maladies infectieuses et à garantir l'accès des travailleurs migrants aux services de santé, et elles ont servi de base aux discussions entre le Premier Ministre de la Fédération de Russie et le Directeur général en juin 2009.

87. L'OMS et l'Organisation internationale pour les Migrations ont, ensemble, plaidé pour la santé des migrants lors de plusieurs rencontres : le seizième dialogue sur la migration pour l'Afrique du Sud ; une table ronde ministérielle organisée par le Conseil économique et social des Nations Unies sur les besoins sanitaires des femmes migrantes ; et la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Nairobi, 26-30 octobre 2009). Les recommandations portaient notamment sur la nécessité de renforcer le droit des migrants de bénéficier de services sanitaires et sociaux, la collaboration multirégionale et multisectorielle, la prise en compte de la santé dans le dialogue sur les politiques de migration, en particulier le Forum mondial sur la migration et le développement, et la prise en compte des questions de migration dans les débats sur la politique étrangère et la santé mondiale.

88. En 2009, pour développer leurs capacités dans le domaine des migrations et de la santé et pour perfectionner leurs programmes conjoints, l'Organisation internationale pour les Migrations et l'OMS ont conclu un accord de coopération prévoyant le détachement d'un membre du personnel à l'OMS en qualité de haut responsable de la santé des migrants.

89. L'OMS a participé à la vingt-quatrième réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, qui était consacrée aux déplacements forcés et aux populations de migrants ; l'Organisation a également pris part à la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions aux voyages liées au VIH, qui a examiné les questions d'accès universel et de droits de l'homme.

90. Pour que les systèmes de santé de toutes les Régions assurent des services équitables et adaptés aux sociétés multiethniques contemporaines, il faut encore effectuer des analyses systématiques de la santé des migrants, en se fondant sur des données ventilées indiquant notamment l'âge et le sexe, encourager la coopération entre pays et entre secteurs, et concevoir des politiques cohérentes.

91. Le Ministre de la Santé et des Politiques sociales du Gouvernement espagnol, l'OMS et l'Organisation internationale pour les Migrations ont organisé une consultation mondiale sur la santé des migrants en mars 2010. La consultation a permis d'examiner les mesures prises par les États Membres et les parties prenantes, de parvenir à un consensus sur les stratégies visant à améliorer la santé des migrants, de poursuivre la mise en place d'un réseau technique international intersectoriel, et de tracer les grandes lignes d'un cadre opérationnel afin de soutenir les États Membres et les parties prenantes dans leurs efforts de mise en œuvre de la résolution WHA61.17. Le cadre opérationnel intègre les contributions apportées par les États Membres et les parties prenantes dans les différents secteurs et tient compte des expériences acquises et des résultats obtenus dans la mise en œuvre des politiques et des programmes existants. L'engagement politique et la participation concertée de toutes les parties prenantes seront essentiels pour que le cadre opérationnel conduise au niveau d'action souhaité, qui devrait permettre un suivi amélioré de la santé des migrants, une réorientation des politiques, un usage efficace des instruments juridiques et la mise au point de systèmes de santé qui soient le reflet de la diversité des sociétés actuelles.

92. À sa cent vingt-sixième session en janvier 2010, le Conseil exécutif a pris note d'une précédente version du présent rapport de situation.<sup>1</sup>

## I. CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ (résolution WHA61.19)

93. En janvier 2009, le Conseil exécutif a adopté, à sa cent vingt-quatrième session, la résolution EB124.R5, en vertu de laquelle il a approuvé le plan de travail du Secrétariat sur le changement climatique et la santé, et a notamment prié le Directeur général de mettre en œuvre les actions contenues dans le plan de travail, puis, en mai 2009, la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a pris note de la résolution et du plan de travail. À sa cent vingt-sixième session, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport.<sup>1</sup> La présentation des activités pertinentes menées à ce jour correspond aux quatre objectifs du plan de travail.

94. **Sensibilisation et persuasion.** Un module audiovisuel – comprenant des affiches, des présentations de diapositives, des annonces de service public, des brochures et des aide-mémoire – a été mis au point pour aider les pays et les professionnels de la santé à prévenir les effets du changement climatique et à y faire face. En mai 2009, l'OMS et l'organisation non gouvernementale Health Care Without Harm ont rédigé et publié un document qui commence à définir un cadre pour l'analyse de l'impact du secteur de la santé sur l'environnement et les mesures à prendre pour y faire face. Le site Web de l'OMS sur le climat et la santé a également été remanié et actualisé.

95. **Former des partenariats avec d'autres organisations du système des Nations Unies et des secteurs autres que celui de la santé.** L'OMS a participé activement au Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) et à ses mécanismes connexes. Ainsi, les documents pertinents des Nations Unies, tels que le rapport du Secrétaire général sur les changements climatiques et leurs répercussions éventuelles sur la sécurité,<sup>2</sup> qui a été examiné par l'Assemblée générale à sa soixante-quatrième session, ont accordé une plus large place aux conséquences sanitaires du changement climatique. L'OMS a également participé aux négociations relatives à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques pour que le nouvel accord sur le climat fasse explicitement référence aux conséquences du changement climatique sur la santé. En outre, elle a participé activement à la Quinzième Conférence des Parties à la Convention-cadre (Copenhague, 7-18 décembre 2009). L'Organisation a contribué à l'organisation de manifestations pendant les sessions de préparation de la Conférence et, pendant les réunions préparatoires qui se sont tenues à Bangkok et à Barcelone, elle a examiné avec plusieurs Parties à la Convention-cadre comment tenir compte au mieux des questions de santé dans le texte du nouvel accord. L'OMS a aussi organisé une manifestation parallèle sur la protection de la santé des effets du changement climatique lors du débat de haut niveau qui s'est tenu pendant la Quinzième Conférence des Parties. Parmi les participants à la manifestation figuraient les Ministres de la Santé du Bangladesh et de Samoa, le Ministre d'État de la Santé et de la Famille de la République des Maldives et des représentants de haut niveau d'autres pays. L'Organisation a aussi participé à la Troisième Conférence mondiale sur le climat, organisée par l'OMM (Genève, 31 août-4 septembre 2009), en dirigeant la séance technique sur le climat et la santé humaine.

96. Pour répondre à la volonté du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies d'amener le système des Nations Unies à être « neutre en carbone », une analyse complète de l'empreinte

---

<sup>1</sup> Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4.

<sup>2</sup> Document A/64/350.

carbone du Siège et des autres bureaux de l'OMS a été menée. Le Secrétariat examine les politiques envisageables et élabore un plan d'action pour réduire ses émissions de dioxyde de carbone.

97. **Promouvoir et soutenir la production de données scientifiques.** L'OMS a publié les résultats d'une consultation mondiale pour définir un programme de recherche appliquée dans ce domaine. Un projet international, mené en collaboration, a également été lancé afin de mieux estimer la charge mondiale de morbidité attribuable au changement climatique. En novembre 2009, un consortium international, dont l'OMS fait partie, a publié une première évaluation des résultats sur la santé des mesures prises en vue de réduire les émissions de gaz à effet de serre.<sup>1</sup> L'un de ces résultats, généralement positifs, serait, par exemple, une atténuation des conséquences sanitaires de la pollution atmosphérique. L'OMS a également examiné et publié les données scientifiques générales sur le lien entre changement climatique et santé dans un document qui a été distribué à l'occasion de la Quinzième Conférence des Parties à la Convention-cadre.<sup>2</sup>

98. **Renforcer les systèmes de santé pour protéger les populations des menaces que représente le changement climatique.** Les activités tendant à atteindre cet objectif sont intégrées dans les cadres politiques régionaux pertinents, tels que la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008).

99. Le Bureau régional des Amériques a mis à jour les lignes directrices destinées à évaluer la menace que représente le changement climatique pour la santé des populations locales, et ces lignes directrices font maintenant l'objet d'un essai pilote dans plusieurs pays. En août 2009, le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est a publié une série de cours de formation sur le changement climatique et la santé. En septembre 2009, une réunion technique a été organisée sur l'amélioration des systèmes d'alerte rapide pour faciliter la lutte contre le paludisme. Au cours de l'année 2009, l'OMS et plusieurs gouvernements nationaux ont coorganisé des ateliers de renforcement des capacités en Albanie, au Bhoutan, dans l'Ex-République yougoslave de Macédoine, dans la Fédération de Russie, aux Maldives, à Oman et en Ouzbékistan.

100. L'OMS a entamé des projets à l'échelle nationale sur le changement climatique et la santé dans sept pays d'Europe de l'Est (avec le soutien du Gouvernement allemand). Le Fonds pour l'environnement mondial a apporté début 2010 un financement en vue d'un autre projet dans sept pays, en collaboration avec le PNUD, auquel ont participé la Barbade, le Bhoutan, la Chine, les Fidji, la Jordanie, le Kenya et l'Ouzbékistan. D'autres projets en Chine et en Jordanie ont été financés par l'Espagne.

101. Le présent rapport concerne les activités menées pendant un an pour mettre en œuvre la résolution WHA61.19. Toutefois, l'Assemblée de la Santé souhaitera peut-être envisager la présentation d'un rapport tous les deux ans, comme suggéré lors du débat sur ce sujet à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Wilkinson P et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: household energy; and Woodcock J et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: urban land transport, *The Lancet*, 374 (5 December 2009): 1917-1943. Publié initialement en ligne.

<sup>2</sup> *Protecting health from climate change: connecting science, policy and people*. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>3</sup> Voir le document WHA62/2009/REC/3, procès-verbal de la septième séance.

## **J. SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ COMPRIS (résolution WHA62.12)**

102. Le présent rapport résume les progrès accomplis dans la planification du soutien en vue du renouveau des soins de santé primaires, moyennant la participation du Siège de l'OMS ainsi que des bureaux régionaux et des bureaux dans les pays.

103. Chaque Région a fait état de nombreux exemples de pays s'engageant dans des réformes qui sont souvent de grande ampleur afin de renouveler les soins de santé primaires, et qui ont trait essentiellement à la couverture universelle et aux soins de santé primaires axés sur les populations. Les efforts visant à faire de l'action multisectorielle un élément central s'appuient sur les conclusions de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Les thèmes les plus fréquents sont les suivants :

- s'orienter vers la couverture universelle par l'intermédiaire de mesures visant à étendre la fourniture des services, à supprimer les obstacles à l'accès et à élargir la protection sociale par l'intermédiaire de mécanismes communs de prépaiement ;
- transformer la prestation des soins conventionnels en réseaux de soins primaires axés sur les populations, avec de fréquentes références à la globalité, à l'intégration et à la continuité des soins, et à une redistribution des rôles entre les équipes de soins de santé primaires proches des patients et les hôpitaux ;
- sensibiliser davantage aux inégalités en matière de santé, en renforçant les capacités en vue d'interventions et de réponses rapides dans le domaine de la santé publique, et introduire des approches visant à intégrer la santé dans toutes les politiques ;
- encourager le dialogue politique sur les stratégies nationales primordiales pour le développement de la santé, et rechercher un consensus politique sur les responsabilités et le niveau d'engagement de l'État dans le secteur de la santé, avec la participation et l'engagement de la société civile.

104. Chaque Région élabore des plans pour soutenir le renouveau des soins de santé primaires. Dans la Région africaine, ceux-ci s'inspirent de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique (2008) ; dans la Région des Amériques, du plan stratégique 2008-2012 amendé pour le Bureau sanitaire panaméricain ; dans la Région de l'Asie du Sud-Est, du Cadre stratégique élaboré lors de la réunion régionale sur la réforme des soins de santé (Bangkok, 20-22 octobre 2009) ; dans la Région européenne, de la Charte de Tallinn : Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (27 juin 2008) ; et dans la Région de la Méditerranée orientale, de la Charte de Doha et de la Déclaration sur les soins de santé primaires (novembre 2008). La Région du Pacifique occidental a commencé à planifier ses travaux, qui sont largement axés sur la couverture universelle, lors d'une réunion interpays sur l'action de l'OMS dans les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé (Manille, 14-15 avril 2009). Des groupes spéciaux régionaux et des groupes de travail technique fournissent des conseils et des orientations pour la traduction des engagements en documents de stratégie pour la coopération dans les pays et les exercices de planification pour la période biennale 2010-2011.

105. Afin de veiller à ce que le travail institutionnel à tous les niveaux de l'Organisation contribue au renouveau des soins de santé primaires, le Secrétariat a commencé à apporter un soutien aux États Membres de la façon suivante :



- en mettant au point des processus pour l'élaboration de stratégies et de plans de santé nationaux qui répondent aux problèmes sanitaires du pays, aux défis à relever par les systèmes de santé et aux attentes en matière de renouveau des soins de santé primaires ;
- en concevant les arrangements institutionnels et gestionnaires permettant de mettre en œuvre ces stratégies et ces plans ;
- en utilisant ces stratégies et ces plans nationaux en tant que base de négociation des ressources appropriées avec les parties prenantes au niveau du pays et au niveau mondial.

106. L'OMS redéfinit en conséquence les priorités dans ses travaux, et :

- a commencé à relier l'ensemble de ses programmes et des stratégies de coopération dans les pays aux processus de planification et de renforcement des stratégies au niveau national ; ces processus permettent d'analyser l'impact du renouveau des soins de santé primaires pour chacun des éléments essentiels des systèmes de santé ;
- élabore actuellement un plan pluriannuel à l'échelle de l'Organisation afin de renforcer ses capacités de soutien au dialogue politique, aux niveaux national et mondial, sur le renouveau des soins de santé primaires ;
- a commencé à utiliser la préparation du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* sur le financement de la couverture universelle et les autres initiatives collectives pour s'attaquer aux problèmes qui n'ont pas jusqu'à présent reçu une attention suffisante, tels que l'investissement dans les infrastructures de soins, y compris les hôpitaux, et la participation de la société civile au dialogue politique sur les stratégies et plans de santé nationaux ;
- travaille à la création d'un comité consultatif technique sur les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé ;
- a multiplié ses efforts pour aligner les interventions mondiales sur les plans de santé nationaux en entreprenant, entre autres, les actions suivantes : elle assure, conjointement avec la Banque mondiale, les fonctions de secrétariat du Partenariat international pour la santé ; elle contribue aux travaux du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et de la Banque mondiale pour parvenir à des mécanismes de financement mieux harmonisés ; et elle intensifie sa collaboration avec les partenaires, en particulier l'UNICEF.

107. À sa cent vingt-sixième session en janvier 2010, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.<sup>1</sup>

## MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

108. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note des rapports de situation ci-dessus.

= = =

<sup>1</sup> Voir le document EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4.