



## **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
D. Accélération de la production de personnels de santé (résolution WHA59.23) .....	5
E. Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (résolution WHA59.27) .....	7
I. Changement climatique et santé (résolution WHA61.19) .....	9
J. Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris (résolution WHA62.12) .....	11

## **A. POLIOMYÉLITE : DISPOSITIF DE GESTION DES RISQUES SUSCEPTIBLES DE COMPROMETTRE L'ÉRADICATION**

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 %. 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. 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 qui servira de base à cette nouvelle stratégie prévoyait une évaluation des innovations tactiques dans chaque zone d'endémie poliomyélitique, 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. 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 %), après que les gouverneurs des États eurent signé les engagements d'Abuja en février 2009 et que les chefs traditionnels eurent formé 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 North-West Frontier et des zones tribales sous administration fédérale, au Baloutchistan et à Sindh, dans l'agglomération de Karachi. 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 où la sécurité est précaire 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 % pendant les campagnes d'administration du vaccin oral en juillet et septembre 2009 alors qu'elle dépassait 20 % au début de l'année.

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 types 1 et 3 du virus 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>1</sup> Le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite a conclu que « l'utilisation du vaccin antipoliomyélique 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>1</sup> Ce produit sera d'abord utilisé dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en décembre 2009, puis son utilisation sera rapidement étendue pour 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 et 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.

5. En Inde, l'équipe d'évaluation a vérifié que la couverture était très élevée pendant les campagnes d'administration du vaccin antipoliomyélique 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 faire fond sur l'augmentation de la couverture vaccinale obtenue en 2009, notamment en créant des dispositifs spécifiques pour que les dirigeants des collectivités locales répondent 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 du conflit civil. Au Pakistan, l'équipe a aussi recommandé de surveiller la couverture obtenue grâce à la campagne d'administration du vaccin antipoliomyélique oral au niveau des sous-districts afin de remédier à l'absence de responsabilisation et à l'ingérence politique des dirigeants de district, surtout dans les zones infectées de Sindh et du Baloutchistan.<sup>2</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 a recommandé de vacciner les voyageurs aux postes frontières entre les pays touchés et les pays épargnés en Afrique subsaharienne, et était partisane de vacciner d'autres voyageurs, chaque

---

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

<sup>2</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).

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 antipoliomyélitique 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. Le 17 novembre 2009, 1387 cas de poliomyélite au total avaient été signalés dans 23 pays pour l'année 2009 : 1082 dans les quatre pays d'endémie (Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan), 122 dans les quatre pays où la transmission du poliovirus a ou aurait repris (Angola, République démocratique du Congo, Soudan et Tchad) et 183 dus à de nouvelles importations dans 15 autres pays de l'Afrique occidentale et centrale et de la corne de l'Afrique. Au Nigéria, l'augmentation de la couverture du vaccin antipoliomyélitique oral a entraîné 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. 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. Au Pakistan, le nombre global de cas était de 20 % 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 10 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.

9. Les résultats et l'impact du programme de travail 2009 de l'Initiative pour l'éradication mondiale 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 il est convenu que le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent constituait 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 pour l'éradication mondiale de la poliomyélite a été confrontée en 2009 ne devraient pas occulter les progrès importants accomplis, notamment au Nigéria, en Inde et en Afghanistan. Les participants à la consultation du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite se sont accordés à reconnaître que l'Initiative devrait définir, d'après les résultats de l'évaluation indépendante et en concertation avec les pays et les partenaires, un nouveau programme de travail de trois ans visant à interrompre la transmission du poliovirus sauvage dans l'ensemble du monde.

## D. ACCÉLÉRATION DE LA PRODUCTION DE PERSONNELS DE SANTÉ

10. 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.

11. 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.

12. 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>

13. 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>

14. 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.

15. 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

---

<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>.

recommandations tendant à consacrer autant de fonds que possible à des solutions viables et durables en matière de ressources humaines pour la santé.<sup>1</sup>

16. 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>2</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.

17. 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.

18. 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).

19. 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.

20. Le Secrétariat fournit une assistance 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>3</sup> qui prévoient de dresser un plan décennal pour produire davantage de personnels de santé.

21. 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.

22. 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.

23. 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, desservaient 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

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/healthsystems/publications/positivesynergiesdocs/en/index.html>.

<sup>2</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.

<sup>3</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.

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.

## **E. RENFORCEMENT DES SOINS INFIRMIERS ET OBSTÉTRICAUX**

24. 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.

### **Développer les ressources humaines pour la santé**

25. 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.

26. 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.

27. 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**

28. 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 établira un rapport sur les possibilités d'appliquer ces programmes aux besoins sanitaires actuels de la population.

29. 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

---

<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.

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.

30. Un recueil de 38 études de cas effectuées dans 29 pays sur des modèles probants de soins de santé primaires a été publié.<sup>1</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**

31. 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.

32. 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 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.

33. 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>2</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>3</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.

34. 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.

---

<sup>1</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).

<sup>2</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>3</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.

## Orientations futures

35. 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, 2006-2015.

36. 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.

## I. CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ

37. 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. La présentation des activités pertinentes menées à ce jour correspond aux quatre objectifs du plan de travail.

38. **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. Une initiative a été lancée sur le Web, en collaboration avec des organisations professionnelles et non gouvernementales, afin que des mesures soient prises pour que le secteur de la santé se préoccupe davantage de l'environnement et pour permettre aux parties intéressées de faire connaître leur expérience. 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.

39. **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 et à ses mécanismes connexes. Ainsi, les documents pertinents des Nations Unies, tels que le rapport du Secrétaire général à la soixante-quatrième Assemblée générale sur les changements climatiques et leurs répercussions éventuelles sur la sécurité,<sup>1</sup> 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, qui doit être négocié à la Quinzième Conférence des Parties à la Convention-cadre prévue à Copenhague en décembre 2009, fasse explicitement référence aux conséquences du changement climatique sur la santé. À cet égard, l'OMS a notamment organisé des manifestations pendant les sessions de préparation de la Conférence et, pendant la réunion préparatoire qui s'est tenue à Bangkok, l'Organisation a examiné avec plusieurs Parties à la Convention-cadre comment tenir compte au mieux des questions de santé dans le texte du nouvel accord. On a également confié à l'OMS le soin d'organiser une manifestation sur la protection de la santé des effets du changement climatique lors du débat de haut niveau qui doit se tenir pendant

---

<sup>1</sup> Document A/64/350.

la Quinzième Conférence des Parties. L'Organisation a aussi participé à la Troisième Conférence mondiale sur le climat, organisée par l'OMM, en dirigeant la séance technique sur le climat et la santé humaine.

40. 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 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.

41. **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, publiera une première évaluation des résultats sur la santé des mesures prises en vue de réduire les émissions de gaz à effet de serre. L'un de ces résultats, généralement positifs, serait, par exemple, une atténuation des conséquences sanitaires de la pollution atmosphérique.

42. **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).

43. 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, 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, en Fédération de Russie, aux Maldives, à Oman et en Ouzbékistan.

44. 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), ainsi qu'en Chine et en Jordanie (avec le soutien du Gouvernement espagnol). Le Fonds pour l'environnement mondial devrait apporter d'ici fin 2009 un financement en vue d'un autre projet dans sept pays, en collaboration avec le PNUD.

45. Le présent rapport concerne les activités menées pendant un an pour mettre en œuvre la résolution WHA61.19. Toutefois, le Conseil exécutif 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>1</sup>

---

<sup>1</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

46. 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.

47. 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.

48. 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 européenne, de la Charte de Tallinn : Des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (27 juin 2008) ; 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) ; 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.

49. 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.

50. 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 ;
- 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.

= = =