



Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIERES

	Pages
A. Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action (résolution WHA58.16).....	2
B. Commission des Déterminants sociaux de la Santé ¹	3
C. Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool (résolution WHA58.26).....	4
D. Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (résolution WHA59.22) ..	6
E. Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA	7
F. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux ²	
G. <i>Rapport mondial sur la violence et la santé</i> : mise en oeuvre des recommandations.....	9
H. Réseau de métrologie sanitaire	11
I. Prévention et lutte anticancéreuses (résolution WHA58.22) : cancer du col de l'utérus ²	
J. Réduction de la mortalité mondiale par rougeole ²	
Mesures à prendre par le Conseil exécutif	12

¹ La partie concernant l'habilitation des communautés locales figure dans le document EB120/35 Add.1.

² Figure dans le document EB120/35 Add.1.

A. VIEILLIR EN RESTANT ACTIF ET EN BONNE SANTE : RENFORCEMENT DE L'ACTION

1. Dans sa résolution WHA58.16, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général d'entreprendre et de soutenir plusieurs activités afin de renforcer l'action menée par l'OMS pour aider les personnes âgées à rester actives et en bonne santé, et de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis.

2. Le Secrétariat a pris des initiatives associant les Etats Membres et des organisations professionnelles, universitaires et non gouvernementales pour sensibiliser l'opinion partout dans le monde aux problèmes de santé publique liés au vieillissement. Le projet intersectoriel « villes amies des personnes âgées », auquel participent 27 villes de 18 pays,¹ prévoit par exemple un protocole commun de recherche qualitative consistant à demander aux personnes âgées de définir les interventions prioritaires qui pourraient rendre leur environnement urbain plus accueillant.

3. L'OMS contribue à la mise en oeuvre du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (2002) en suivant le cadre d'orientation qu'elle a défini et d'après lequel vieillir en restant actif consiste à « optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse ». ² Les principes et recommandations figurant dans ce document ont été adoptés par les Etats Membres et les grandes organisations universitaires, professionnelles et non gouvernementales. Le cadre suit une approche qui couvre l'existence tout entière et qui prend en compte le vieillissement à tous les stades de la vie au lieu de considérer les personnes âgées comme un groupe à part. De ce fait, la question du vieillissement a été mieux intégrée dans toutes les activités et tous les programmes de l'OMS.

4. L'OMS collabore avec les instituts universitaires et les instances gouvernementales de l'Australie, du Brésil, du Canada, du Costa Rica, de l'Espagne, de la Jamaïque, de Singapour et de la Turquie qui développent les services de soins de santé primaires pour répondre aux besoins des personnes âgées. Grâce à cette collaboration, des documents énonçant des principes et incitant à agir dans les domaines des compétences de base, de l'environnement physique et des procédures administratives ont été largement distribués. Un module sur les moyens de rendre les centres de santé primaires plus accueillants pour les personnes âgées est actuellement expérimenté dans cinq des pays précités.

5. L'OMS a réalisé dans 18 pays une étude qualitative et quantitative à plusieurs degrés sur la réaction intégrée des systèmes de santé au vieillissement rapide de la population dans les pays en développement. L'étude était axée sur le renforcement des capacités, l'échange Sud-Sud de modèles et de données d'expérience, l'adoption d'approches « ascendantes », l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques.

6. L'étude de l'OMS sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde a été conçue dans le but de mettre au point des méthodes d'enquête valables, fiables et comparables pour étudier l'état de santé et le bien-être des personnes âgées dans six pays.³ C'était la première enquête internationale

¹ Allemagne, Argentine, Australie, Brésil, Canada, Chine, Costa Rica, Espagne, Fédération de Russie, Inde, Irlande, Jamaïque, Japon, Mexique, Pakistan, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suisse et Turquie.

² Document WHO/NMH/NPH/02.8.

³ Afrique du Sud, Chine, Fédération de Russie, Ghana, Inde et Mexique.

pluridimensionnelle en communauté sur le vieillissement ; les instruments qu'elle a permis de mettre au point devraient pouvoir être utilisés pour d'autres études ailleurs dans le monde.

7. Pour utiliser au mieux des ressources comptées, le Secrétariat, y compris le personnel des bureaux régionaux et des bureaux de pays, s'est concentré sur quelques projets touchant à des aspects prioritaires et pourtant négligés. De nature intersectorielle, les travaux sont menés en collaboration avec d'autres institutions spécialisées du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales internationales. Ils portent notamment sur les personnes âgées dans les situations d'urgence ; la prévention des chutes ; les femmes, le vieillissement et la santé selon des critères de sexe ; le contenu minimum du programme d'études des professionnels de la santé sur le vieillissement ; et les personnes âgées en tant qu'auxiliaires de vie dans le contexte des épidémies de SIDA en Afrique.

B. COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Introduction

8. La Commission des Déterminants sociaux de la Santé a été créée en mars 2005 et poursuivra ses activités jusqu'en mai 2008. Elle seconde les pays et les organisations mondiales comme l'OMS dans l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques sanitaires dirigées contre les facteurs sociaux qui contribuent aux problèmes de santé et aux inégalités en santé.

9. Les 20 membres dont elle se compose sont des figures de l'innovation dans les domaines de la science, de la santé publique, de l'élaboration des politiques et du changement social. La Commission collabore avec la société civile pour faire évoluer les politiques et en suivre les résultats.

10. La Commission a pour buts de contribuer à l'évolution des politiques sanitaires dans les pays en préconisant des modèles et des pratiques qui ont des effets sensibles sur les déterminants sociaux de la santé ; de soutenir les pays pour qu'ils fassent de la santé l'objectif commun de nombreuses administrations et de nombreux secteurs de la société ; et d'aider à former un mouvement mondial rassemblant les gouvernements, les organisations internationales, les instituts de recherche, la société civile et les communautés dans le but d'influer durablement sur les déterminants sociaux de la santé pour parvenir à une plus grande équité.

Bilan succinct

11. Depuis sa création, la Commission s'est réunie six fois : au Brésil, au Chili, en Egypte, en Inde, en Iran et au Kenya. Une consultation régionale a eu lieu dans chacune des Régions de l'OMS à l'exception de la Région européenne, où une consultation sera organisée en février 2007.

12. Il existe neuf réseaux mondiaux de connaissance qui regroupent au total quelque 300 scientifiques de premier plan, responsables de l'élaboration des politiques et représentants d'organismes mondiaux, de la société civile et d'organisations non gouvernementales. Tous les réseaux sont chargés de rassembler des connaissances – puis d'en faire la synthèse – sur la mondialisation, le développement du jeune enfant, l'urbanisme, les conditions d'emploi, les femmes et l'équité entre les sexes, l'exclusion sociale, les systèmes de santé, les instruments de mesure, les données disponibles et les affections constituant des priorités de santé publique. Basé au Siège, le réseau de connaissance sur les affections prioritaires en santé publique est chargé d'aider les grands programmes sanitaires à mieux tenir compte des déterminants sociaux de la santé. Les réseaux

présenteront à la Commission des recommandations sur les meilleures pratiques à suivre pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.¹

13. Une part importante des travaux que la Commission mène avec les Etats Membres² consiste à replacer dans leur contexte les différentes conceptions des politiques sanitaires locales qui portent sur les déterminants sociaux de la santé. La Commission s'emploie notamment à tirer des enseignements utiles de l'action intersectorielle et des approches participatives qui contribuent à l'équité en santé dans les pays.

14. Les organisations de la société civile de quatre régions – Afrique subsaharienne, Amériques, Asie et Méditerranée orientale – collaborent étroitement avec la Commission pour inciter les groupes qu'elles représentent à suivre une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé. Elles rendront compte des pratiques locales en perspective du rapport final de la Commission et vérifieront le champ d'application des travaux des réseaux de connaissance en général.

15. Pendant le premier semestre de 2006, la Commission a analysé les politiques mondiales en matière de santé et d'environnement et choisi de mener une action de sensibilisation auprès de quatre organismes : la Banque mondiale, le Conseil économique et social des Nations Unies, le G8 et le CCS. Dans l'année qui vient, elle entreprendra une analyse de la collaboration avec chacune de ces instances et dressera un plan stratégique pour les convaincre de faire figurer l'équité et les déterminants sociaux de la santé en bonne place dans leurs politiques, priorités et plans institutionnels.

16. Des mesures ont été prises au sein de l'OMS pour faire de l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé une des cinq priorités du onzième programme général de travail et un des 15 objectifs stratégiques du projet de plan stratégique à moyen terme et parvenir ainsi à plus d'équité en santé. Le réseau de connaissance sur les affections prioritaires en santé publique a été créé pour recenser les éléments qui facilitent ou au contraire entravent l'accès aux soins et pour prévoir des interventions qui contribuent à l'équité dans les programmes de santé, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen.

17. La Commission tiendra sa septième réunion en janvier 2007 au Siège de l'OMS. Elle étudiera les résultats préliminaires, fera le point sur l'avancement des travaux et rédigera une déclaration intermédiaire qui sera diffusée au début de juillet 2007 pour examen et commentaires. Le rapport final paraîtra en mai 2008. Il est prévu que la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé examine une stratégie mondiale et une résolution sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

C. PROBLEMES DE SANTE PUBLIQUE PROVOQUES PAR L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL

18. Pour mettre en oeuvre la résolution WHA58.26, le Secrétariat a développé son potentiel et entrepris une série d'activités aux niveaux mondial et régional. Il s'est attaché en priorité à dresser un bilan exhaustif des problèmes de santé provoqués par l'usage nocif de l'alcool, à examiner les

¹ Les documents d'analyse et d'examen stratégique et les documents indiquant la portée des travaux peuvent être consultés à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html.

² Notamment la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, le Congo, l'Egypte, l'Inde, l'Iran, la Jordanie, le Kenya, le Malawi, le Maroc, Maurice, la Mauritanie, le Mozambique, le Pakistan, la République-Unie de Tanzanie, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, le Sénégal, Sri Lanka, la Suède, la Zambie et le Zimbabwe.

données, à recommander des politiques et des interventions, à renforcer les systèmes mondiaux et régionaux d'information sur l'alcool et à collaborer avec les acteurs concernés.

19. Les activités régionales ont été intensifiées : évaluation des problèmes de santé publique dus à l'usage nocif de l'alcool et conception de mesures et de programmes régionaux appropriés. Des consultations techniques ont été organisées dans la Région africaine (Brazzaville, mai 2006) et dans les Régions de la Méditerranée orientale (Le Caire, juin 2006) et du Pacifique occidental (Manille, mars 2006). Les Comités régionaux de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont adopté des résolutions sur la question. Le Comité régional du Pacifique occidental a adopté une stratégie régionale visant à réduire les méfaits de l'alcool.¹

20. Le Secrétariat a actualisé les estimations de la charge de morbidité attribuable à l'alcool et de la prévalence des troubles liés à l'alcool. Un groupe consultatif technique sur l'épidémiologie de l'alcoolisme s'est réuni (Genève, 13-15 septembre 2006) pour étudier les méthodes d'estimation utilisées, les nouvelles statistiques de la charge de morbidité, les méthodes de collecte des données et les moyens de les améliorer.

21. Pour formuler des recommandations sur les politiques et les interventions de nature à réduire les méfaits de l'alcool, une série de consultations techniques a été organisée ainsi qu'une enquête sur Internet pour connaître les vues des instituts universitaires, des associations professionnelles, des organisations non gouvernementales, des représentants des fabricants de boissons alcoolisées et des secteurs du commerce et de l'agriculture. Lors d'une réunion, le Comité d'experts de l'OMS sur les problèmes liés à la consommation d'alcool (Genève, 10-13 octobre 2006) a examiné les données disponibles et fait des recommandations techniques. D'autres consultations devront être organisées en vue de rédiger un projet de recommandations mondiales et de concevoir un cadre qui englobe les activités menées au niveau mondial pour réduire les méfaits de l'alcool et des initiatives régionales comme le Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000-2005, le cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS et la stratégie régionale visant à réduire les méfaits de l'alcool dans la Région du Pacifique occidental.

22. Afin de développer le système mondial d'information sur la consommation d'alcool et ses conséquences sanitaires et sociales, le Secrétariat a revu et étendu la base de données mondiale sur l'alcool et en a transféré l'essentiel sur un site Internet. Il faudrait améliorer les systèmes d'information régionaux, en créer de nouveaux et assurer une bonne coordination avec les activités de contrôle et de surveillance dans les pays pour être mieux renseigné à la fois sur l'usage nocif de l'alcool et sur les politiques nationales adoptées pour y remédier. Le guide mis au point pour aider à réunir et analyser les données, intitulé *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*,² est en cours de révision. La mise au point d'un indicateur composite de l'usage nocif de l'alcool aux niveaux national et infranational progresse.

23. La collaboration avec les organisations non gouvernementales s'est intensifiée : une consultation mondiale a été organisée (Genève, 24-25 avril 2006) et les liaisons entre ce type d'organisations et les associations professionnelles s'occupant directement des problèmes liés à l'alcool ou de questions connexes ont été facilitées.

¹ Résolution WPR/RC57.R5.

² Document WHO/MSD/MSB/00.4.

24. Une consultation mondiale ouverte a été organisée au Siège de l'OMS (Genève, 8 mars 2006) avec les représentants des fabricants de boissons alcoolisées afin d'avoir un échange de vues sur les initiatives que peut prendre l'industrie. Une consultation du même type a eu lieu dans la Région du Pacifique occidental (Manille, 8 juin 2006). D'autres échanges sont prévus avec les représentants de l'industrie et les secteurs de l'agriculture et du commerce pour déterminer comment fabricants, distributeurs et spécialistes du marketing pourraient contribuer à réduire les méfaits de l'alcool.

D. PREPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE ET ORGANISATION DES SECOURS

25. Dans sa résolution WHA59.22, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général d'apporter aux Etats Membres l'appui dont ils ont besoin pour renforcer les programmes du secteur de la santé pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, aux niveaux tant national que local, en collaboration avec les organisations compétentes du système des Nations Unies et d'autres partenaires, et d'informer la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de cette résolution.

26. L'OMS vient de mettre la dernière main à une stratégie de préparation aux situations d'urgence et de réduction des risques s'étendant sur cinq ans et axée sur le secteur de la santé et le développement du potentiel communautaire. Quatre domaines prioritaires ont été définis : 1) l'institutionnalisation des programmes de préparation aux situations d'urgence au sein des ministères de la santé ; 2) le développement des ressources humaines ; 3) le développement des services nationaux de secours médical et sanitaire dans les situations d'urgence et en cas de catastrophe subite ; et 4) l'appui aux initiatives communautaires.

27. Afin que les Etats Membres puissent mieux faire face aux situations d'urgence, l'OMS a entrepris de rédiger, d'après les conclusions d'une consultation d'experts organisée en septembre 2006, des lignes directrices concernant les aspects techniques et gestionnaires de la prise en charge d'un grand nombre de victimes. Elle a pris d'autres initiatives, et notamment formulé des recommandations pour la prise en charge des maladies chroniques et pour la santé maternelle et infantile dans les situations d'urgence.

28. Une évaluation mondiale de l'état de préparation des Etats Membres aux situations d'urgence est en cours. La phase I, qui porte sur 60 pays, est achevée ; la phase II a débuté en novembre 2006 et devrait s'achever à la fin de 2006. Un rapport complet sera présenté en janvier 2007.

29. Une initiative pour la sécurité des hôpitaux est en cours d'élaboration en perspective de la campagne qui sera menée dans la même optique en 2008-2009. Conçue en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies dans le cadre de sa stratégie internationale de prévention des catastrophes naturelles et avec la Banque mondiale, elle s'inscrit dans le cadre d'action de Hyogo.¹

30. L'OMS est un membre actif du Comité permanent interorganisations des Nations Unies et du Comité exécutif des Nations Unies pour les affaires humanitaires, un partenaire actif du Bureau de coordination des affaires humanitaires de l'ONU, et elle participe au processus de réforme de l'action humanitaire. Elle est le chef de file du groupe santé du Comité permanent interorganisations, elle

¹ Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 : Pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes, adopté à la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Japon, 18-22 janvier 2005).

copréside les groupes spéciaux de ce même Comité sur les aspects sexospécifiques de l'assistance humanitaire et sur la santé mentale et le soutien psychosocial, et elle participe à son groupe de travail spécial sur le renforcement du système de coordonnateurs humanitaires. Elle applique, en coordination avec d'autres partenaires, un plan d'action pour le groupe santé du Comité permanent, plan qui couvre la formation, l'évaluation commune des besoins sanitaires, un module de riposte et de gestion sanitaire coordonnées et le service de suivi de la situation sanitaire et nutritionnelle.

31. Le service de suivi de la situation a fait l'objet de consultations prolongées avec les principaux acteurs. Le projet définitif a été approuvé par les groupes santé et nutrition du Comité permanent interorganisations et accueilli favorablement par son groupe de travail. De nombreux échanges ont eu lieu depuis lors avec des partenaires éventuels. La mise en oeuvre débutera dès que des fonds seront disponibles.

32. L'approche du groupe santé a été appliquée au Liban et est actuellement en train d'être adoptée à Libéria, en Ouganda, en République démocratique du Congo et en Somalie.

33. L'OMS a collaboré avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à la mise sur pied d'un système de suivi et d'évaluation des opérations de relèvement après le tsunami en Asie du Sud-Est.

34. Dans la Corne de l'Afrique, l'OMS a contribué à faire du secteur de la santé un des principaux bénéficiaires du nouveau Fonds central d'urgence afin de répondre aux besoins humanitaires des communautés les plus vulnérables à Djibouti, en Erythrée, en Ethiopie, au Kenya et en Somalie. La bonne utilisation qui a été faite des subventions dans ces pays a permis au Fonds de venir en aide à 20 pays au total dans le monde, dont 13 dans la Région africaine, en leur octroyant des subventions pour secours rapides et financement d'urgence.

Participation aux mécanismes de logistique et de gestion des approvisionnements communs à tout le système des Nations Unies

35. L'OMS participe aux mécanismes de logistique et de gestion des approvisionnements communs à tout le système des Nations Unies : elle participe au groupe logistique du Comité permanent interorganisations, au Centre logistique commun des Nations Unies et à l'élaboration du système d'approvisionnement logistique. En 2006, les négociations ciblées engagées avec le PAM ont débouché sur des accords bilatéraux prévoyant, d'une part, un accès privilégié aux moyens logistiques du PAM quand l'OMS doit mener de vastes opérations d'urgence et, d'autre part, l'exploitation commune des cinq centres logistiques régionaux à des fins sanitaires, et sur un projet commun de mobilisation de ressources extérieures. Les deux parties devraient signer les accords techniques au plus tard fin 2006.

E. MISE EN OEUVRE PAR L'OMS DES RECOMMANDATIONS DE LA CELLULE MONDIALE DE REFLEXION POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE LES ORGANISMES MULTILATERAUX ET LES DONATEURS INTERNATIONAUX DANS LA RIPOSTE AU SIDA

36. Dans sa résolution WHA59.12, l'Assemblée de la Santé a souscrit aux recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA et a prié le Directeur général de mettre en oeuvre ces

recommandations en collaboration avec l'ONUSIDA et les autres organismes coparrainants et de faire rapport au Conseil exécutif et à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

37. La cellule mondiale de réflexion a notamment recommandé aux donateurs et aux organismes multilatéraux (entre autres l'OMS, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) de collaborer plus étroitement pour harmoniser le soutien financier et technique qu'ils apportent aux pays et le rendre conforme aux Trois Principes, à la Déclaration de Rome sur l'harmonisation (2003) et la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005).

38. Fin octobre 2006, l'ONUSIDA avait aidé à mettre sur pied des équipes communes des Nations Unies chargées du SIDA dans 44 pays. L'OMS a joué un rôle actif dans ces équipes et a notamment participé à la programmation avec d'autres organismes et partenaires du système des Nations Unies.

39. La contribution de l'OMS à la mise en oeuvre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion a principalement consisté à assurer une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux, en ce qui concerne surtout le soutien technique aux pays. Présidant l'équipe mondiale mixte chargée de résoudre les problèmes et de soutenir la mise en oeuvre, l'OMS dirige les opérations visant à résoudre les difficultés rencontrées dans l'utilisation des subventions que reçoivent les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. Les principaux membres de l'équipe sont l'OMS, le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. L'équipe facilite l'analyse des difficultés dans les pays et l'élaboration de plans de soutien technique pour les résoudre. Une téléconférence ou visioconférence est organisée tous les mois avec les pays pour étudier leurs demandes de soutien technique. Les décisions concernant les organismes chargés d'apporter le soutien technique demandé sont prises selon le mécanisme de répartition des tâches dont il a été convenu.¹

40. L'équipe mondiale a coordonné le soutien politique, technique et gestionnaire en y associant de près les groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA, les équipes des Nations Unies dans les pays et d'autres partenaires nationaux et internationaux. Pendant la première année, elle a fait une analyse rapide des obstacles à la mise en oeuvre des programmes dans 15 pays et facilité l'action dans neuf. Un soutien a été apporté dans les domaines de l'achat et de la gestion des approvisionnements, de la supervision et de la gestion des subventions, du suivi et de l'évaluation des difficultés systémiques que posent les politiques, les méthodes et les pratiques des organismes multilatéraux et de leurs partenaires. Il était prévu d'élargir l'équipe aux donateurs bilatéraux et aux partenaires de la société civile en novembre 2006.

41. Les travaux de l'équipe mondiale complètent le soutien technique fourni par l'ONUSIDA et ses coparrainants au niveau des Régions et des pays, par exemple par l'intermédiaire des organes de liaison spécialisés mis en place par l'OMS et ses partenaires ou par l'intermédiaire des dispositifs d'appui technique de l'ONUSIDA. L'OMS collabore également avec les responsables du Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA et de l'initiative BACKUP de GTZ pour harmoniser l'assistance technique apportée par les organismes bilatéraux avec l'action menée par le système des Nations Unies.

¹ *Mécanisme ONUSIDA de répartition des tâches en matière d'appui technique. Synthèse et bien-fondé*, ONUSIDA, 2005.

42. Les pays faisant de plus en plus de demandes de soutien technique, on s'efforce d'obtenir un financement suffisant. Pendant l'exercice en cours, 79 % des fonds que l'OMS consacre au VIH/SIDA ont été distribués aux bureaux régionaux et bureaux de pays. L'OMS collabore également avec l'ONUSIDA et les autres organismes coparrainants pour mobiliser davantage de ressources destinées au soutien technique, en étudiant par exemple la possibilité de mettre davantage de crédits à disposition au niveau des pays dans le budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA.

43. Tout en contribuant aux efforts de coordination d'une manière générale, l'OMS soutient plus particulièrement l'action des pays contre le SIDA de façon à étendre les interventions clés du secteur de la santé et à se rapprocher le plus possible de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien d'ici 2010. Afin que les pays et leurs partenaires puissent mieux rendre compte de leur action, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent aux pays de fixer des échéances pour mesurer les progrès accomplis sur la voie de l'accès universel à des interventions essentielles comme le traitement antirétroviral, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ou encore le dépistage et le conseil, et seconderont les pays pour qu'ils se fixent des objectifs ambitieux dans leurs stratégies et plans d'action nationaux contre le SIDA.

G. RAPPORT MONDIAL SUR LA VIOLENCE ET LA SANTE : MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS¹

44. Dans sa résolution WHA56.24, l'Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment les Etats Membres à faire connaître le *Rapport mondial sur la violence et la santé*, les a encouragés à établir un rapport sur la violence et la santé et a encouragé tous ceux qui ne l'avaient pas encore fait à désigner au ministère de la santé un centre de liaison pour la prévention de la violence. Elle priait également le Directeur général de coopérer avec les Etats Membres pour mettre en place des politiques et des programmes en vue de l'application des mesures destinées à prévenir la violence.

45. Depuis 2005, le nombre de pays où le rapport a été diffusé est passé de 40 à 52 ; le nombre de pays qui établissent un rapport national sur la violence et la santé est passé de quatre à 15 ; le nombre de centres de liaison a doublé et ils sont maintenant 100. Les pays suivants ont entrepris de nouvelles activités de prévention de la violence en collaboration avec l'OMS – recueil de données, travaux de recherche sur les coûts de la violence, évaluation des programmes de prévention, création d'instituts ou de groupes spéciaux nationaux de prévention, amélioration des services aux victimes : Afrique du Sud, Allemagne, Angola, Argentine, Belgique, Brésil, Canada, Colombie, Congo, El Salvador, Etats-Unis d'Amérique, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Guatemala, Honduras, Inde, Jamaïque, Jordanie, Kenya, Lettonie, Malaisie, Mongolie, Mozambique, Népal, Nicaragua, Ouganda, Philippines, Pérou, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, République-Unie de Tanzanie, Thaïlande et Yémen.

46. On a fait le point sur certaines de ces réalisations lors d'une réunion intitulée Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention, la deuxième de ce type (San Francisco, Etats-Unis d'Amérique, 19 octobre 2005),² et les progrès de l'Alliance pour la prévention de la violence ont été évalués. A la suite de cette évaluation, le Ministère belge de la Santé et l'OMS ont réuni les experts de 14 pays (Bruxelles, 19-20 juin 2006) pour discuter de l'orientation stratégique de l'Alliance. Il a été

¹ *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

² *Milestones of a global campaign for violence prevention 2005: changing the face of violence prevention*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

décidé de créer un groupe de travail de haut niveau sur l'action de sensibilisation à mener pour que la prévention de la violence devienne une priorité du développement dans le monde.

47. En 2005, le Comité régional de l'Europe a adopté la résolution EUR/RC55/R9, dans laquelle il demande instamment aux Etats Membres d'accorder un degré de priorité élevé à la prévention de la violence et des traumatismes. Les coordonnateurs de 34 Etats Membres de la Région ont ensuite tenu plusieurs réunions pour définir un objectif commun et concevoir un programme conjoint d'activités. Cette année, 100 coordonnateurs de 67 pays ont décidé, lors de la première réunion mondiale des coordonnateurs sanitaires pour la prévention des traumatismes et de la violence (Durban, Afrique du Sud, 31 mars-1^{er} avril 2006), de créer un réseau pour échanger leurs informations et renforcer les politiques nationales de prévention de la violence. Lors d'une consultation ultérieure, une trentaine de ministres de la santé africains ou leurs délégués se sont engagés à accorder plus d'importance à la prévention de la violence dans les programmes et politiques sanitaires nationaux et, à titre d'action complémentaire, l'OMS a commencé à rédiger un rapport sur la violence et la santé en Afrique.

48. Au nombre des publications parues en 2005 et 2006 figurent l'*Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*,¹ *Traumatismes et violence en Europe : leur importance et comment les combattre*,² une série de notes d'information sur la violence interpersonnelle et l'alcool,³ un module pour enseigner la prévention de la violence et des traumatismes,⁴ des lignes directrices à l'intention des décideurs et des planificateurs⁵ et un ouvrage pratique sur les systèmes de prise en charge des traumatismes avant hospitalisation.⁶

49. De concert avec le Haut Commissariat aux Droits de l'Homme et l'UNICEF, l'OMS a fourni des données et apporté une contribution technique à l'Etude du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies sur la violence contre les enfants. Le rapport a été présenté à l'Assemblée générale le 11 octobre 2006. L'OMS y donnera principalement suite en soutenant les pays dans l'application du guide intitulé *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*.⁷

50. En 2006, le Secrétariat a constitué un groupe spécial pour la prévention de la violence sexuelle et de la violence entre partenaires intimes, chargé d'établir un projet de plan d'action mondial pour la prévention de ce type de violence. Des consultations d'experts sont prévues en 2007.

51. La prévention de la violence ayant fait des progrès, les recommandations de l'OMS en la matière sont de plus en plus suivies au niveau des pays. Pour progresser encore, il faut mieux soutenir

¹ Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Helse L, Watts C. *Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. Rapport succinct*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. *Injuries in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2006.

³ Disponibles en anglais et en espagnol à l'adresse http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/index.html.

⁴ Disponible à l'adresse http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index.html.

⁵ Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R (Eds). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

⁶ Sasser S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. *Prehospital trauma care systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

⁷ World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

l'application des principes directeurs de l'OMS dans les pays, et notamment investir dans l'évaluation des résultats.

H. RESEAU DE METROLOGIE SANITAIRE

52. Le Réseau de métrologie sanitaire, réseau d'un genre nouveau entre fournisseurs et utilisateurs d'information sanitaire créé lors de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005, a pour vocation de mettre à disposition en temps voulu des données sanitaires exactes aux niveaux infranational, national et mondial afin qu'il en soit fait une plus grande utilisation. Il compte parmi ses membres des ministères de la santé, des offices nationaux de statistique, des organisations du système des Nations Unies, des banques de développement, des partenariats mondiaux pour la santé, des donateurs et des experts techniques.

53. Le Réseau a pour principaux objectifs :

- de définir un cadre, c'est-à-dire une série de normes pour les systèmes d'information sanitaire, la production de données et les capacités analytiques, ainsi que des principes directeurs pour la création de systèmes nationaux d'information sanitaire ;
- d'appliquer le cadre au niveau des pays en mobilisant un appui technique et financier pour faciliter l'instauration de systèmes d'information sanitaire ou leur perfectionnement ;
- d'élaborer des politiques et de prendre des mesures incitatives pour faciliter l'accès à l'information et faire en sorte qu'elle soit mieux utilisée aux niveaux local, régional et mondial.

54. Un premier projet de cadre a été établi en 2005 en collaboration avec les pays, les partenaires techniques et les organismes d'aide au développement. Il reflète de façon dynamique les meilleures pratiques en matière d'information sanitaire auxquelles les partenaires adhèrent et adaptent déjà leur assistance dans le domaine statistique. L'expérience acquise grâce à cette coopération aidera à perfectionner le cadre.

55. Après la création du Réseau, les demandes d'appui des Etats Membres souhaitant mettre en place des systèmes d'information sanitaire se sont multipliées. Quarante pays ont reçu une aide du Réseau à l'issue de la première série d'appels à propositions et, à la date limite fixée pour la deuxième série, 50 autres pays avaient déposé des demandes. La plupart des propositions émanent de pays à revenu faible ou moyen (tranche inférieure) qui ont grand besoin d'informations fiables pour prendre des décisions mais manquent de moyens techniques et financiers. Les subventions servent à mobiliser un soutien politique, technique et financier et à dresser des plans chiffrés exhaustifs, qui définissent des priorités et prévoient un budget, pour développer les systèmes d'information sanitaire.

56. Le Réseau est censé définir et appliquer des stratégies pour remédier au manque de ressources pour certains éléments du système d'information sanitaire. Des principes directeurs pour la surveillance démographique et le recueil de données sur des échantillons de population ainsi que des méthodes harmonisées d'autopsie verbale permettront aux pays de s'acheminer vers des statistiques d'état civil complètes et universelles. Les méthodes permettant de recueillir de bonnes données en population au niveau infranational renforceront la position des responsables de district et contribueront à une plus grande équité. Les instruments permettant de mesurer le fonctionnement des systèmes de santé (par exemple la disponibilité et la répartition des ressources humaines, matérielles et financières pour la santé) permettront de mieux prévoir les besoins sanitaires.

57. L'utilisation du cadre a montré qu'un bon système d'information sanitaire devait avoir une structure plus élaborée. Le cadre sera donc élargi pour tenir compte de la relation entre l'offre et la demande d'information, des liens entre indicateurs et sources de données, de la fréquence de la collecte et de la décomposition des données, et des moyens de faciliter la circulation de l'information entre indicateurs et sources de données. On étudiera aussi les cadres de politique générale, les mécanismes institutionnels et les compétences en matière de « leadership » nécessaires pour convertir les données en information et fonder les décisions sur le savoir acquis.

58. Il faudrait que, d'ici à 2011, le cadre soit la norme universelle pour la collecte, la présentation et l'utilisation des informations sanitaires. Pour cela, il faut prendre un engagement politique résolu et chercher à établir un consensus.

59. L'OMS assure le secrétariat du Réseau et facilite la collaboration entre ceux qui participent au renforcement des systèmes de santé, à la production et à l'utilisation de l'information sanitaire. Par exemple, le Comité régional OMS de l'Asie du Sud-Est a instamment invité les Etats Membres à envisager de se servir du cadre du Réseau de métrologie sanitaire pour évaluer les systèmes d'information sanitaire et mieux coordonner les efforts qu'ils font pour les renforcer.¹ Des cadres stratégiques régionaux ont été mis au point pour renforcer les systèmes d'information sanitaire, exploiter les nouvelles possibilités techniques et financières qu'offre le Réseau et faciliter la diffusion de l'information sanitaire au niveau mondial.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

60. Le Conseil exécutif est invité à prendre note des rapports de situation ci-dessus.

= = =

¹ Résolution SEA/RC59/R10.