Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A70/38**
Point 17 de l'ordre du jour provisoire **27 mars 2017**

Rapports de situation

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Maladies non transmissibles

A. Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées (résolution WHA67.7 (2014)) 3

B. Relever les défis de la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière (2011-2020) : issue de la Deuxième Conférence mondiale de haut niveau sur la sécurité routière – le temps des résultats (résolution WHA69.7 (2016)) 4

C. Vers la santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019 (résolution WHA66.4 (2013)) 6

Maladies transmissibles

D. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16 (2011)) 7

E. Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 (résolution WHA67.1 (2014)) 9

F. Lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030 (résolution WHA68.2 (2015)) 11

Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

G. Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata (résolution WHA67.11 (2014)) 12

H. Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25 (2007)) 14

Systèmes de santé

I. Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16 (2007)) 18

J. Renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux (résolution WHA67.20 (2014)) 20

K. Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle (résolution WHA68.15 (2015)) 22

Préparation, surveillance et intervention

L. Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1 (2007)) 24

M. Renforcement de la sécurité biologique en laboratoire (résolution WHA58.29 (2005)) 26

Maladies non transmissibles

A. PLAN D'ACTION MONDIAL DE L'OMS RELATIF AU HANDICAP 2014-2021 : UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ POUR TOUTES LES PERSONNES HANDICAPÉES (résolution WHA67.7 (2014))

1. En mai 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, dans la résolution WHA67.7, a adopté le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021. Elle a prié le Directeur général de mettre en œuvre les mesures proposées par le Secrétariat dans le Plan d'action mondial, à savoir : éliminer les obstacles et améliorer l'accès aux services et aux programmes de santé ; renforcer et étendre les services d'adaptation, de réadaptation, d'aide technique, d'aide et de soutien, et la réadaptation à base communautaire ; et renforcer la collecte de données sur le handicap qui soient pertinentes et comparables au niveau international et soutenir la recherche sur le handicap et les services qui s'y rapportent. L'adoption d'un plan d'action régional par le Comité régional des Amériques a encore renforcé le mandat pour agir dans ce domaine.[1]

2. Les principales activités entreprises par le Secrétariat pour donner suite à la résolution sont présentées ci-dessous.

3. **Élaboration d'orientations et d'outils.** Le Secrétariat, en concertation avec des experts internationaux, a élaboré l'enquête modèle sur le handicap. Cette enquête a été menée au Chili, aux Philippines et à Sri Lanka et sera conduite au Costa Rica et au Panama en 2017. Le Secrétariat a également publié *Rehabilitation in health systems*,[2] un document qui présente aux États Membres et aux parties concernées des orientations fondées sur l'expérience pour renforcer les services de réadaptation de qualité et en améliorer la disponibilité. En outre, le Secrétariat a élaboré, en concertation avec les États Membres, un outil d'évaluation de la situation pour faciliter la collecte de données sur la fourniture des services de réadaptation. Il fait partie d'un ensemble d'outils complet destiné à renforcer la capacité des systèmes de santé à prodiguer des services de réadaptation. Les indicateurs de suivi de la réadaptation à base communautaire, ainsi que le programme de formation en ligne INCLUDE ont été lancés en 2015 et sont largement utilisés par les parties prenantes dans les pays. Un travail de fond a également été mené pour produire des notes et des orientations techniques sur la prise en compte du handicap dans l'action d'urgence et mettre au point des ensembles de prestations de réadaptation à l'attention des pays à revenu faible ou intermédiaire.

4. **Renforcement des capacités et intensification de l'action dans les pays.** Le Secrétariat, en collaboration avec ses partenaires, a entrepris des travaux visant à renforcer la coordination et l'élaboration de plans et de stratégies nationaux, organisant à cette fin trois ateliers régionaux à l'attention des États Membres. Il a mené 15 visites de formation dans les pays afin d'améliorer l'aptitude des ministères de la santé et des affaires sociales à répondre aux besoins croissants en services de réadaptation. En collaboration avec le CBR Global Network, il a également organisé le CBR World Congress en Malaisie. Plus de 1000 participants issus de plus de 50 pays ont participé au congrès, qui a été l'occasion de promouvoir la formation à la réadaptation à base communautaire. L'initiative de coopération mondiale sur les technologies d'aide a été lancée en 2014, et une liste d'aides techniques prioritaires à utiliser dans les pays a été établie et présentée officiellement à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

[1] Voir la résolution CD53.R12 (2014).

[2] Rehabilitation in health systems. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf, consulté le 8 février 2017). Le document principal est en anglais, mais une brochure a été publiée en français sous le titre *Réadaptation dans les systèmes de santé* (http://www.who.int/disabilities/brochure_FR.pdf?ua=1, consulté le 9 mars 2017).

5. **Sensibilisation et promotion.** La Journée internationale des personnes handicapées reste la principale manifestation annuelle de sensibilisation à la question du handicap. Plusieurs activités ont été organisées par l'OMS, d'autres organisations des Nations Unies et la société civile, et plus de 100 États Membres ont mené des actions pendant cette journée avec l'appui du Secrétariat et des partenaires. En février 2017, le Secrétariat a appelé à lancer une action mondiale coordonnée et concertée visant à renforcer les moyens de réadaptation dans les systèmes de santé. Plus de 200 participants, notamment des délégués de 23 États Membres, devraient se joindre à cette initiative.

6. **Renforcement des bases factuelles et suivi des progrès.** Le Secrétariat a consacré des efforts considérables pour satisfaire aux exigences de suivi fixées dans le plan d'action. D'importants progrès ont été accomplis pour associer les États Membres à l'utilisation d'approches coordonnées pour la collecte périodique de données. Tous les pays de la Région OMS du Pacifique occidental ont recueilli des données standardisées et un rapport de situation a été établi. Des données commenceront à être collectées dans toutes les autres Régions en 2017. Un rapport de situation mondial est prévu en 2020.

7. Le Secrétariat continuera de soutenir les États Membres dans les efforts qu'ils déploient pour instaurer la couverture sanitaire universelle en améliorant l'accès aux services de santé généraux et en renforçant les services de réadaptation.

B. RELEVER LES DÉFIS DE LA DÉCENNIE D'ACTION DES NATIONS UNIES POUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE (2011-2020) : ISSUE DE LA DEUXIÈME CONFÉRENCE MONDIALE DE HAUT NIVEAU SUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE – LE TEMPS DES RÉSULTATS (résolution WHA69.7 (2016))

8. Dans la résolution WHA69.7, adoptée en 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé fait sienne la Déclaration de Brasilia sur la sécurité routière, document final de la Deuxième Conférence mondiale de haut niveau sur la sécurité routière, et invite les États Membres et le Secrétariat à mener diverses activités. Plusieurs initiatives ont été lancées pour y donner suite.

9. Il a été convenu d'un processus en vue d'établir des cibles mondiales volontaires en matière de sécurité routière.[1] À l'issue d'une réunion avec des experts techniques de la sécurité routière, organisée en septembre 2016, un projet de document de travail de l'OMS a été rédigé puis examiné dans le cadre d'une consultation sur le Web, qui s'est déroulée d'octobre à décembre 2016, et d'une discussion informelle des États Membres, qui a eu lieu en novembre 2016. Une première version révisée de ce document de travail sera préparée début 2017 et présentée pour de nouvelles consultations auxquelles participeront, notamment, le Comité des transports intérieurs[2] (février 2017), les organisations de la société civile qui s'occupent de sécurité routière (mars 2017) et le secteur privé (juin 2017). La deuxième version révisée du document de travail sera présentée pendant les réunions des comités régionaux de l'OMS puis examinée lors d'une réunion formelle des États Membres et des organisations du système des Nations Unies au quatrième trimestre 2017.

[1] À propos du processus de définition des cibles mondiales, voir : http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/road-safety-targets/en (consulté le 27 janvier 2017).

[2] Le Comité des transports intérieurs est l'organe décisionnaire suprême de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe dans le domaine des transports.

10. En 2016, des rapports régionaux ont été établis sur la base du troisième *Rapport de situation sur la sécurité routière, 2015*,[1] où il est indiqué que 1,25 million de personnes sont tuées chaque année dans des accidents de la circulation, afin d'orienter encore les États Membres dans la mise en œuvre de stratégies nationales de sécurité routière conformes aux objectifs de la Décennie d'action pour la sécurité routière (2011-2020) et à la cible 3.6 de l'objectif de développement durable (d'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route). Le Secrétariat a commencé à rédiger le quatrième rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, dont la publication est prévue en 2018.

11. Le Secrétariat a aidé les États Membres à mettre en avant l'importance de la législation destinée à réduire le nombre d'accidents de la circulation mortels et non mortels. Les lois ont été modifiées aux Philippines, en Thaïlande et au Viet Nam en 2016 et le Bangladesh, la Chine, l'Inde, le Kirghizistan et Sri Lanka ont procédé à des évaluations en vue d'apporter des améliorations à leur législation en matière de sécurité routière. Le Secrétariat a également mis au point un cours en ligne gratuit pour les avocats et les défenseurs de la sécurité routière, mis en œuvre des programmes de développement juridique et d'octroi de bourses à des journalistes dans certains pays, et lancé un forum mondial pour les législateurs dans le domaine de la sécurité routière.

12. Afin de soutenir encore davantage les États Membres, le Secrétariat, avec ses partenaires, met au point, en vue de sa publication, un document intitulé *Save LIVES: A road safety technical package*, qui encourage les pays à mettre en œuvre 22 interventions efficaces et rentables.

13. Plusieurs États Membres ont pris des mesures pour améliorer leurs bases de données sur la sécurité routière. Le Secrétariat a organisé, avec l'OCDE, un atelier de formation pour les pays d'Afrique sur les stratégies destinées à améliorer les données relatives à la santé, à la police et aux transports. En outre, dans le but de renforcer les capacités des dirigeants des pays à revenu faible ou intermédiaire afin qu'ils puissent améliorer la sécurité routière, le Secrétariat a collaboré avec le Partenariat mondial pour la sécurité routière et l'Université Johns Hopkins pour organiser les premiers cours mondiaux sur le leadership dans le domaine de la sécurité routière. Soixante jeunes professionnels de 15 pays ont bénéficié d'une formation. À l'avenir, ce cours sera organisé deux fois par an.

14. L'outil OMS d'évaluation des systèmes de soins d'urgence – qui permet de connaître les atouts et les faiblesses d'un système national de soins d'urgence et de hiérarchiser les mesures à prendre – est actuellement utilisé dans 25 États Membres et devrait l'être dans 25 autres États en 2017, et un plan d'action connexe est en cours de mise au point dans ces pays. En outre, le cours de l'OMS sur les soins d'urgence essentiels, qui prépare les secouristes à prendre en charge des affections potentiellement mortelles avec des ressources limitées, a été organisé en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie.

15. La quatrième Semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière (8-14 mai 2017) sera consacrée à la gestion de la vitesse. Des manifestations organisées sous l'égide des États Membres sont prévues partout dans le monde pour mettre en avant la nécessité de lutter contre la vitesse inadaptée, qui est un important facteur de risque d'accident de la circulation mortel ou non mortel.

[1] *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, 2015*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/GSRRS2015_Summary_FR.pdf?ua=1, consulté le 27 janvier 2017).

C. VERS LA SANTÉ OCULAIRE UNIVERSELLE : PLAN D'ACTION MONDIAL 2014-2019 (résolution WHA66.4 (2013))

16. Dans la résolution WHA66.4 (2013), l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial 2014-2019 pour la santé oculaire universelle et a prié le Directeur général : de fournir aux États Membres un soutien technique afin qu'ils mettent en œuvre le Plan d'action mondial ; de développer encore le Plan d'action mondial, en particulier en y incorporant l'accès universel et équitable aux services ; et de continuer de donner la priorité à la prévention des déficiences visuelles évitables. Le mandat relatif à l'action à mener a été davantage renforcé lorsque le Bureau régional des Amériques et le Bureau régional du Pacifique occidental ont adopté des plans d'action régionaux.[1]

17. Conformément à la résolution, le Secrétariat a mené les activités présentées ci-après en vue de fournir aux États Membres des orientations et un soutien technique pour la mise en œuvre du Plan d'action.

18. **Élaboration d'orientations et d'outils.** Le Secrétariat, en consultation avec des experts internationaux, a mis au point des outils d'évaluation des besoins afin de faciliter la collecte de données sur la prestation de services de soins oculaires et l'accès à ces services aux niveaux national et de district. Le Secrétariat a fourni un appui aux États Membres pour l'utilisation des outils, permettant ainsi d'achever les évaluations nationales des soins oculaires dans 31 États Membres, tandis que dans de nombreux autres pays, les évaluations sont en cours ou débuteront en 2017. Un travail de fond est actuellement entrepris pour préparer des notes d'information technique et des orientations sur la prise en charge de la cataracte et de la rétinopathie diabétique.

19. **Renforcement des capacités et intensification de l'action dans les pays.** Le Secrétariat, en collaboration avec des partenaires, a renforcé la coordination et les activités au niveau national en organisant 13 ateliers régionaux visant à favoriser la participation des États Membres à la mise en œuvre du Plan d'action moyennant l'évaluation des services de soins oculaires, l'identification des besoins et l'élaboration de stratégies et de plans nationaux. À l'échelle mondiale, 56 États Membres ont indiqué avoir élaboré des stratégies et des plans nationaux sur la santé oculaire soutenus par le Plan d'action, et d'autres pays ont intégré le Plan d'action à leurs plans nationaux plus vastes en matière de santé. Plus de 50 États Membres ont indiqué que la création d'un comité national sur la santé oculaire ou la mise en place d'un mécanisme de coordination similaire était essentielle pour la mise en œuvre du Plan d'action.

20. **Sensibilisation et plaidoyer.** La Journée mondiale de la vue restera le principal événement annuel pour améliorer la sensibilisation à la prévention et au traitement de la perte de la vision et identifier des possibilités pour les prestataires de soins oculaires d'assurer une approche de couverture sanitaire universelle en matière de renforcement des services de soins oculaires préventifs et curatifs, y compris les services de réadaptation. Désormais, plus de 70 États Membres observent et assurent la promotion de la Journée mondiale de la vue, avec le soutien du Secrétariat et des partenaires, en fournissant des données cruciales, en assurant une communication stratégique et en préparant des infographies.

[1] Respectivement, le Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables 2014-2019 (résolution CD53.R8) et le plan d'action intitulé Vers la santé oculaire universelle : plan d'action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019) (résolution WPR/RC64.R4).

21. **Constituer la base de données factuelles et suivre les progrès.** Le Secrétariat a consacré d'importants efforts à la surveillance des prescriptions en matière de suivi fixées dans le Plan d'action. Des progrès significatifs ont été accomplis pour associer les États Membres à l'utilisation d'approches normalisées en matière de collecte périodique de données. Les ressources humaines pour les soins oculaires ont été privilégiées, et 74 États Membres notifient désormais des données sur le personnel de santé oculaire. Le nombre annuel d'opérations de la cataracte a été défini comme un indicateur indirect de surveillance de la prestation de services de soins oculaires. Ces informations ont été recueillies auprès de 86 États Membres. L'objectif est d'obtenir des mises à jour annuelles de la part de l'ensemble des États Membres. Des progrès ont également été accomplis dans la compréhension de la prévalence et des causes des déficiences visuelles, grâce à des études épidémiologiques menées dans certaines zones et communautés de 55 États Membres.

22. Le Secrétariat continuera à aider les États Membres dans leurs efforts visant à améliorer la fourniture de services de soins oculaires complets ainsi que l'accès à ces services, et dans les efforts de renforcement en faveur de la réalisation de la couverture universelle par ces services.

Maladies transmissibles

D. ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE (résolution WHA64.16 (2011))

23. Depuis les années 1980, les programmes d'éradication nationaux ont permis d'éliminer la dracunculose dans 17 pays[1] où elle était jusqu'alors endémique et de ramener le nombre de cas de 3,5 millions selon les estimations de 1986 à seulement 25 en 2016. En 2016, pour la toute première fois, le Mali n'a notifié aucun cas humain. La transmission autochtone est désormais limitée à trois pays : l'Éthiopie, le Soudan du Sud et le Tchad, où 3, 6 et 16 cas ont été notifiés, respectivement, en 2016. Ces 25 cas sont survenus dans 19 villages.

24. Les efforts se poursuivent afin qu'un appui soit assuré partout où cela est nécessaire. Le Centre Carter soutient les activités d'éradication sur le plan opérationnel dans ces trois pays et au Mali. L'UNICEF contribue à la mise en place de sources d'eau potable améliorées dans les villages d'endémie ou à risque. L'OMS fournit un appui destiné : à renforcer la surveillance dans les pays parvenus aux stades de la précertification et de la postcertification et dans les camps de réfugiés qui accueillent des personnes déplacées dans les pays d'endémie et dans ceux où la dracunculose n'est pas endémique ; à préparer les pays à la certification ; et à suivre l'évolution de la situation et à en rendre compte régulièrement. Le centre collaborateur de l'OMS situé aux Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Géorgie, États-Unis d'Amérique) fournit un appui au programme d'éradication de la dracunculose pour ce qui est du diagnostic en laboratoire.

25. Suivant les recommandations de la Commission internationale de certification de l'éradication de la dracunculose, l'OMS a certifié au total 198 pays, territoires et zones, dont 186 États Membres, exempts de transmission de la dracunculose. Huit États Membres ne sont pas encore certifiés exempts de transmission : l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad ; le Kenya et le Soudan, qui sont en phase de précertification ; et l'Angola et la République démocratique du Congo, qui n'ont pas déclaré de cas dernièrement, mais qui doivent fournir la preuve de l'absence de transmission.

[1] Avant l'indépendance du Soudan du Sud en 2011, la maladie était endémique dans 20 pays.

26. Dans les pays d'endémie, une surveillance active a été menée dans plus de 5300 villages en 2016, contre 4200 villages en 2015. La lutte contre les copépodes à l'aide du larvicide téméphos a couvert l'ensemble des localités ayant notifié des cas, sauf au Tchad où beaucoup d'étendues d'eau ont été jugées trop grandes. À la lumière des résultats des travaux de recherche opérationnelle, le programme prépare des interventions de lutte antivectorielle plus efficaces.

27. En République démocratique du Congo, des cas de dracunculose ont été recherchés dans 289 140 logements de plus de 28 300 villages dans 222 districts de 15 des 26 États du pays. Au total, 300 rumeurs ont été enregistrées et étudiées, mais aucune ne correspondait réellement à un cas de dracunculose. Des cas de dracunculose ont été recherchés dans un tiers de l'Angola à l'occasion de la cartographie d'autres maladies tropicales négligées et aucun cas de dracunculose n'a été confirmé. Au Kenya et au Soudan, la préparation de la certification est bien avancée. Ces deux pays ont intensifié leurs campagnes de sensibilisation concernant la récompense en espèces, en particulier dans les anciens districts d'endémie, avant de finaliser leurs rapports.

28. Le réseau de surveillance de la poliomyélite continue à soutenir les recherches de cas de dracunculose pendant les journées nationales de vaccination dans les pays d'endémie et ceux en phase de précertification.

29. Tous les pays qui n'ont pas encore été certifiés exempts de dracunculose, sauf l'Angola, continuent à offrir une récompense en espèces pour la notification volontaire des cas. Au total, environ 85 % des districts ont fourni des notifications mensuelles en 2016 ; plus de 26 000 rumeurs de cas présumés ont été rapportées et 98 % d'entre elles ont fait l'objet d'une enquête dans les 24 heures. En 2016, la plupart des pays parvenus au stade de la postcertification ont continué à soumettre des rapports trimestriels à l'OMS. Les enquêtes menées sur 178 rumeurs rapportées dans 5 pays au stade de la postcertification[1] n'ont confirmé aucun cas de dracunculose.

30. L'infection des chiens par *Dracunculus medinensis* est devenue un obstacle pour le programme, en particulier au Tchad et, dans une moindre mesure, en Éthiopie et au Mali. En 2016, la dracunculose a été notifiée et confirmée chez 14 chiens en Éthiopie, 11 chiens au Mali et plus de 1000 chiens au Tchad. Compte tenu de ce taux anormalement élevé d'infection chez les chiens, le programme national du Tchad, le Centre Carter, l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention ont mis en route un programme de recherche opérationnelle pour trouver des moyens adéquats d'interrompre la transmission plus rapidement. L'OMS, le Centre Carter, les CDC et le programme d'éradication du ver de Guinée au Tchad poursuivent leur action dans les zones où, comme il a été établi aux réunions scientifiques organisées en janvier 2015 et en avril 2016, il faut en priorité mener cette recherche opérationnelle pour s'employer à résoudre la situation en Éthiopie et au Tchad. Les résultats préliminaires montrent qu'il est possible d'interrompre la transmission en appliquant les stratégies actuelles, y compris en poursuivant énergiquement la lutte contre les copépodes et en évitant (au moyen du confinement) la transmission que ce soit à partir de l'homme ou du chien.

31. Dans certaines régions, l'insécurité et l'inaccessibilité dues aux conflits continuent à faire obstacle aux efforts d'éradication. Au Mali, bien que la situation se soit quelque peu améliorée, les problèmes de sécurité dans les régions de Gao, Kidal, Mopti et Ségou continuent à gêner la mise en œuvre du programme, la vérification de l'interruption de la transmission et la certification de l'éradication. Les organismes d'aide humanitaire des Nations Unies continuent à faciliter une surveillance intermittente. La surveillance a été intensifiée dans les camps de réfugiés maliens au

[1] Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Mauritanie et Niger.

Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger pour déceler tout cas importé et éviter la propagation de la maladie. Les troubles civils, y compris les vols de bétail, et les déplacements massifs de populations au Soudan du Sud freinent la mise en œuvre du programme et limitent l'accès aux régions d'endémie.

32. Le Directeur général suit régulièrement la mise en œuvre du programme d'éradication et une réunion d'examen de tous les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose, au cours de laquelle chaque pays rend compte officiellement de la situation de son programme l'année précédente, est organisée chaque année.

33. À la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, au cours d'une réunion informelle présidée par le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, il a été demandé aux ministres de la santé des pays où la dracunculose était toujours endémique de continuer à défendre et à soutenir leur programme national d'éradication et de redoubler d'efforts à ce stade ultime du processus ; les ministres de la santé et d'autres personnes présentes à cette réunion ont promis qu'ils continueraient à œuvrer pour interrompre la transmission de la maladie dès que possible.

34. Un déficit de financement de US $37 millions environ pour la période 2017-2020 doit être comblé afin d'atteindre les objectifs en termes d'éradication et de certification.

E. STRATÉGIE MONDIALE ET CIBLES POUR LA PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE, LES SOINS ET LA LUTTE APRÈS 2015 (résolution WHA67.1 (2014))

35. En mai 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA67.1 sur la Stratégie mondiale et les cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015, plus tard connue sous le nom de Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Cette nouvelle stratégie a ensuite été adoptée, adaptée et défendue à des degrés divers par les comités régionaux, puis des plans d'action régionaux ont été établis.[1] En 2015, l'Organisation des Nations Unies a adopté les objectifs de développement durable à l'horizon 2030. L'un des objectifs liés à la santé est de mettre fin à l'épidémie de tuberculose. Compte tenu de la situation actuelle et des difficultés qui persistent,[2] il faudra, pour atteindre cette cible, changer de paradigme et déployer des efforts considérables dans plusieurs secteurs. Les mesures prises et les investissements consentis aux niveaux mondial, régional et national restent très insuffisants par rapport aux efforts nécessaires. Afin d'obtenir un soutien mondial de haut niveau et des engagements régionaux et nationaux, l'OMS va organiser une réunion régionale des ministres de la santé, qui se tiendra en mars 2017 au Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, ainsi qu'une réunion ministérielle mondiale qui aura lieu en novembre 2017 sous les auspices de la Fédération de Russie. L'Assemblée générale des Nations Unies a demandé la tenue d'une réunion de haut niveau sur la tuberculose, qui doit avoir lieu en 2018.

36. L'OMS soutient les États Membres afin qu'ils parviennent à opérer le changement de paradigme nécessaire pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose suivant des approches éthiques fondées sur les droits, en privilégiant équitablement les populations vulnérables et en menant une action dans plusieurs secteurs. Des orientations sur les éléments essentiels de la mise en œuvre de cette stratégie ont été établies. Un cadre pour l'élimination de la tuberculose dans des pays où l'incidence

[1] Documents AFR/RC66/10, CD54.R10, SEA/RC68/13, EUR/RC65/R6 et WPR/RC66.R3.

[2] Les rapports sur la lutte contre la tuberculose dans le monde publiés chaque année par l'OMS font le bilan des progrès accomplis pour mettre fin à cette maladie et des difficultés rencontrées. Le rapport de 2016 est disponible à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/ (consulté le 7 février 2016).

est faible a également été finalisé. L'OMS a facilité les échanges d'approches et d'innovations pour la mise en œuvre de la nouvelle stratégie lors de deux sommets annuels auxquels ont assisté des représentants de pays où la charge de la tuberculose est élevée et de partenaires – dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et des donateurs bilatéraux – et lors de réunions régionales annuelles. Le Partenariat Halte à la tuberculose a présenté le plan mondial pour mettre fin à la tuberculose, où figure une estimation des ressources nécessaires pour la période 2016-2020.

37. L'atteinte des cibles et le respect des échéances définies pour la lutte contre la tuberculose dépendront en grande partie des mesures prises en vue de réaliser l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), notamment dans les domaines de la couverture sanitaire universelle et de la protection financière. Les progrès accomplis en vue d'atteindre la plupart des autres objectifs de développement contribueront aussi à la réalisation de l'objectif 3 et aux efforts déployés pour mettre fin à la tuberculose. À cet égard, l'OMS collabore étroitement avec de nombreux partenaires. Dans les pays à revenu intermédiaire où la charge de la maladie est élevée, 80 % environ du financement actuellement destiné à la lutte contre l'épidémie de tuberculose est national, mais dans les pays à revenu faible, 90 % du financement dépend toujours de donateurs internationaux. D'ici à 2020, les pays à revenu faible ou intermédiaire auront besoin de US $6 milliards supplémentaires par an et US $2 milliards par an seront nécessaires pour financer la recherche sur la tuberculose.[1]

38. L'OMS a mis au point et actualisé des orientations, des outils et des approches stratégiques de nature normative et politique afin de faciliter l'application de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Les domaines couverts sont : l'introduction et la généralisation de nouveaux outils de diagnostic, de nouveaux médicaments et de schémas thérapeutiques plus courts pour la tuberculose multirésistante ; une surveillance active de l'innocuité des médicaments ; le dépistage de la tuberculose évolutive ; les activités communes à la lutte contre la tuberculose et contre l'infection à VIH ; la prise en charge de la tuberculose latente ; l'évaluation des coûts pour les patients ; la mise au point de programmes de recherche nationaux sur la tuberculose ; l'accès aux soins pour les migrants ; et les options en matière de technologies numériques au service de la santé.

39. Afin de soutenir le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et de l'évaluation de son impact, conformément aux cibles adoptées dans la résolution WHA67.1, l'OMS dispose d'un système mondial de suivi et de notification bien établi et a défini une série d'indicateurs, d'échéances et de cibles. Le suivi des progrès est assuré en associant des données provenant de la surveillance nationale et des systèmes d'information sanitaire à des données tirées d'enquêtes périodiques sur la prévalence, la pharmacorésistance et le coût des soins pour les patients touchés.

40. Il est essentiel de proposer des innovations et de mener de nouveaux travaux de recherche fondamentale et sur la mise en œuvre. L'OMS a présenté en 2015 un cadre d'action destiné à favoriser des travaux de recherche de qualité sur la tuberculose aux niveaux national et mondial, et elle collabore avec des ministères de la science et de la technologie, des ministères de la santé, des bailleurs de fonds et d'autres parties prenantes pour établir la planification stratégique et définir les priorités. En 2016, quatre nouveaux tests de diagnostic ont été recommandés par l'OMS, neuf médicaments se trouvent à des phases d'essai clinique avancées et des essais cliniques sont en cours pour 13 vaccins candidats.

[1] Les rapports sur la lutte contre la tuberculose dans le monde publiés chaque année par l'OMS font le bilan des progrès accomplis pour mettre fin à cette maladie et des difficultés rencontrées. Le rapport de 2016 est disponible à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/ (consulté le 7 février 2016).

41. Les approches pluridisciplinaires et multisectorielles visant à tenir compte des dimensions biomédicales et socioéconomiques de l'épidémie de tuberculose exigent des partenariats solides. L'OMS continuera à collaborer étroitement avec les partenaires actuels tout en en recherchant de nouveaux. En 2015, l'OMS a organisé un atelier consultatif mondial avec des représentants de communautés, d'organisations non gouvernementales et d'autres organisations de la société civile afin qu'ils participent davantage à la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. À l'issue de cet atelier un appel à l'action a été lancé et un groupe spécial de la société civile sur la tuberculose a été créé.

F. LUTTE CONTRE LE PALUDISME : STRATÉGIE TECHNIQUE MONDIALE ET CIBLES 2016-2030 (résolution WHA68.2 (2015))

42. Entre 2000 et 2015, l'incidence du paludisme a baissé de 41 % et le taux de mortalité palustre a diminué de 62 %. Au cours des cinq dernières années de cette période (2010-2015), les taux ont baissé de 21 % et de 29 %, respectivement. Entre 2000 et 2015, le paludisme a été éliminé de 17 pays et six pays ont été certifiés exempts de la maladie par l'OMS. En 2015, 10 pays et territoires ont notifié moins de 150 cas autochtones et neuf autres pays ont notifié de 150 à 1000 cas autochtones. À la suite de ces bons résultats, de nouveaux objectifs intermédiaires ambitieux ont été fixés dans le cadre de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 : réduire de 40 % l'incidence du paludisme et les taux de mortalité liée au paludisme d'ici à 2020 et éliminer le paludisme dans au moins 10 pays (par rapport à 2015).

43. Si l'on veut atteindre les objectifs intermédiaires fixés pour 2020 à l'échelle mondiale, il faut progresser plus vite dans les pays où la charge du paludisme est la plus forte. Pour cela, il faut augmenter sensiblement les niveaux de financement par rapport à 2015, sachant que le financement s'élevait alors à US $2,9 milliards et représentait 45 % des fonds nécessaires pour combattre le paludisme de façon optimale jusqu'à 2020.

44. **Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme.** L'utilisation de moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide et la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations sont des moyens courants de prévention du paludisme. On estime qu'en Afrique subsaharienne, la proportion de la population à risque qui bénéficie de l'une de ces méthodes est passée de 37 % en 2010 à 57 % en 2015. Le recours au traitement intermittent du paludisme au cours de la grossesse s'améliore aussi. En effet, en 2015, 31 % des femmes enceintes justiciables de ce traitement en ont reçu au moins trois doses, alors qu'elles n'étaient que 6 % en 2010.

45. Dans la Région africaine de l'OMS, la proportion rapportée de cas suspects de paludisme dans le secteur public pour lesquels un test parasitologique est pratiqué est passée de 40 % en 2010 à 76 % en 2015, en grande partie grâce à une utilisation accrue des tests de diagnostic rapide. Il faut investir davantage afin de mieux contrôler la proportion de patients pour lesquels le test est positif et qui bénéficient d'un traitement de première intention contre le paludisme. L'OMS prévoit d'analyser les lacunes de la couverture et d'apporter une réponse afin de garantir l'accès universel au diagnostic et au traitement du paludisme.

46. La résistance des vecteurs aux insecticides et la résistance aux médicaments antipaludiques sont des problèmes biologiques qui pourraient empêcher de prévenir et de traiter le paludisme avec les outils actuels. Face à cette situation, l'OMS a coordonné une évaluation dans plusieurs pays pour estimer l'impact de la résistance sur l'efficacité de la lutte antivectorielle. Les résultats de cette

évaluation, dont une synthèse est présentée dans la publication intitulée *Implications of insecticide resistance for malaria vector control,*[1] montrent que les personnes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide sont moins touchées que les autres par le paludisme (même si les moustiques locaux sont quelque peu résistants à l'insecticide présent sur les moustiquaires), ce qui montre bien qu'il faut continuer à étendre l'utilisation des moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide.

47. La résistance de *Plasmodium falciparum* à l'artémisinine a été détectée dans cinq pays du bassin du Mékong. En 2015, l'OMS a présenté une stratégie pour l'élimination du paludisme dans le bassin du Mékong (2015-2030), grâce à laquelle ces cinq pays ont aligné leurs stratégies nationales. On estime que l'incidence du paludisme a baissé de 54 % et les taux de mortalité palustre ont diminué de 84 % entre 2012 et 2015 dans le bassin du Mékong.

48. **Accélérer les efforts vers l'élimination.** L'OMS a fait une analyse des progrès récemment accomplis dans les pays vers l'élimination – en fonction du nombre de cas autochtones notifiés, de la cible nationale déclarée concernant l'élimination et d'avis d'experts. Il en ressort que les 21 pays suivants sont en mesure d'éliminer le paludisme d'ici à 2020 : l'Afrique du Sud, l'Algérie, l'Arabie saoudite, le Belize, le Bhoutan, le Botswana, Cabo Verde, la Chine, les Comores, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, la Malaisie, le Mexique, le Népal, le Paraguay, la République de Corée, la République islamique d'Iran, le Suriname, le Swaziland et le Timor-Leste.

49. **Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base.** Le Secrétariat a créé une unité de surveillance, de suivi et d'évaluation chargée de fournir des orientations et une formation actualisées sur la surveillance et d'aider les États Membres à mettre en œuvre des systèmes de surveillance efficaces, dont un module actualisé sur le paludisme dans le système d'information sanitaire dans les districts 2. L'une des priorités sera d'aider les pays à produire des données de qualité afin de suivre les progrès accomplis pour tendre vers les cibles nationales et mondiales et d'améliorer la prise de décisions pour la mise en œuvre efficace des programmes nationaux.

50. Tous les bureaux régionaux de l'OMS ont mis au point des cadres ou des plans régionaux totalement conformes à la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 et de nombreux plans stratégiques nationaux sont déjà conformes ou sont en cours d'actualisation.

Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

G. CONSÉQUENCES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'EXPOSITION AU MERCURE ET AUX COMPOSÉS DU MERCURE : LE RÔLE DE L'OMS ET DES MINISTÈRES DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION DE MINAMATA (résolution WHA67.11 (2014))

51. La Convention de Minamata sur le mercure a été adoptée en octobre 2013[2] et son objectif est de « protéger la santé humaine et l'environnement contre les émissions et rejets anthropiques de mercure

[1] WHO-coordinated multi-country evaluation: implications of insecticide resistance for malaria vector control. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://www.who.int/malaria/news/2016/iir-malaria-vector-control-evaluation-nov2016.pdf?ua=1, consulté le 13 février 2017).

[2] Document UNEP(DTIE)/Hg/CONF/3 (http://www.mercuryconvention.org/Convention/tabid/3426/Default.aspx, consulté le 3 février 2017).

et de composés du mercure ». La Convention entrera en vigueur après le dépôt du cinquantième instrument de ratification.[1]

52. La résolution WHA67.11 prie le Directeur général, entre autres, de contribuer aux efforts que fait l'OMS pour fournir aux États Membres des conseils et un appui technique qui leur soient utiles pour mettre en œuvre tous les aspects sanitaires de la Convention de Minamata sur le mercure, conformément au programme de travail de l'OMS, afin de promouvoir et de protéger la santé humaine ; et de seconder les États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de programmes visant à identifier et à protéger les populations à risque, en particulier les populations vulnérables. Par ailleurs, en 2016, par la résolution WHA69.4, l'Assemblée mondiale de la Santé a souligné l'importance que revêt l'entrée en vigueur de la Convention de Minamata dans les plus brefs délais.

53. Dans cette phase initiale des travaux jusqu'à l'entrée en vigueur de la Convention, l'approche du Secrétariat comporte trois volets.

54. Premièrement, l'objectif du Secrétariat était de sensibiliser les ministères de la santé à la Convention, d'offrir des possibilités de réseautage et de diffuser les outils et orientations pertinents publiés par l'OMS. Des ateliers régionaux ou infrarégionaux ont été organisés à l'intention des ministères de la santé dans les Régions des Amériques (en octobre 2015 en Uruguay pour les hispanophones et en octobre 2016 en Jamaïque pour les pays des Caraïbes), de l'Europe (en juin 2015 en Allemagne) et de la Méditerranée orientale (en novembre 2016 en Jordanie). Une bibliographie annotée des principales lignes directrices de l'OMS et autres matériels, avec des renvois aux articles de la Convention, a été publiée et les matériels pertinents sont disponibles sur un site Web consacré au mercure.[2] Les matériels sont progressivement publiés en différentes langues.

55. Deuxièmement, le Secrétariat a examiné, actualisé et mis au point de nouveaux outils et des orientations en appui à la mise en œuvre de la Convention. En 2014, l'OMS et l'UNEP ont publié conjointement un rapport intitulé : « *Promoting the phase down of dental amalgam in developing countries* ».[3]

56. En 2015, le Secrétariat a publié des orientations à l'intention des ministères de la santé sur l'élaboration de stratégies nationales en vue de l'élimination progressive des thermomètres au mercure et des sphygmomanomètres.[4] Ces orientations visent à aider les ministères de la santé à planifier et à diriger l'élaboration de stratégies nationales à l'échelle du système de santé requises pour satisfaire aux obligations de la Convention. Les orientations sont disponibles en anglais et en russe.

---

[1] Au 21 février 2017, 38 pays avaient ratifié la Convention. Voir http://www.mercuryconvention.org/Countries/tabid/3428/Default.aspx (consulté le 21 février 2017).

[2] Voir http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/mercury/en/ (consulté le 3 février 2017).

[3] *Promoting the phase down of dental amalgam in developing countries.* Genève, Programme des Nations Unies pour l'environnement et Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://www.who.int/oral_health/publications/promoting-phase-down-dental-amalgam-developing-countries/en/, consulté le 21 février 2017).

[4] Developing national strategies for phasing out mercury-containing thermometers and sphygmomanometers in health care, including in the context of the Minamata Convention on Mercury: key considerations and step-by-step guidance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/WHOGuidance ReportonMercury2015.pdf, consulté le 21 février 2017).

57. Des outils, des orientations et des matériels de formation sont actuellement en cours de mise au point en vue d'aider les pays à faire face aux conséquences pour la santé publique de l'extraction minière artisanale et à petite échelle d'or, ainsi qu'à élaborer des stratégies de santé publique, conformément à l'article 7 de la Convention de Minamata. Un document technique sur le sujet a été publié en 2016.[1] Des orientations concernant l'élaboration de stratégies de santé publique devraient être achevées en 2017 en vue d'être présentées à la première Conférence des Parties à la Convention de Minamata.

58. Et enfin, le Secrétariat s'efforce de faciliter la participation des ministères de la santé aux projets nationaux bénéficiant du soutien du Fonds pour l'environnement mondial. Le Secrétariat œuvre en partenariat avec plusieurs organismes d'exécution du Fonds pour l'environnement mondial dans le cadre de projets portant sur les questions suivantes : l'extraction minière artisanale et à petite échelle d'or au Ghana, au Honduras, au Mozambique et au Nigéria ; la gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets de mercure au niveau des soins de santé au Ghana, au Honduras, à Madagascar, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie ; la surveillance du mercure dans le monde (y compris la surveillance biologique chez l'homme) en Chine, au Costa Rica, en Fédération de Russie, au Ghana, en Inde, au Kirghizistan et en Mongolie, avec le soutien du centre collaborateur de l'OMS au National Institute for Minamata Disease (Institut national pour la maladie de Minamata) du Japon ; l'élimination progressive des amalgames dentaires au Kenya, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie ; l'élaboration d'évaluations initiales de la Convention de Minamata au Honduras et dans sept pays africains francophones (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo). Le Secrétariat fournit également un soutien aux pays, à leur demande, par exemple en organisant un atelier en Arménie et en contribuant à l'élaboration d'un cadre conceptuel pour la mise en œuvre des aspects sanitaires de la Convention en Malaisie.

59. Il reste encore beaucoup à faire. Le Secrétariat espère être en mesure d'organiser des ateliers dans les Régions restantes afin de fournir des orientations sur l'application de l'article 16 de la Convention consacré aux « aspects sanitaires » et de rendre disponibles davantage de matériels de l'OMS en d'autres langues. En outre, le Secrétariat prévoit une demande accrue des États Membres de soutien pour faire face aux conséquences sanitaires de l'extraction minière artisanale et à petite échelle d'or et des conséquences de l'élimination progressive, d'ici à 2020, de la fabrication, de l'importation et de l'exportation de thermomètres et de sphygmomanomètres à mercure dans les services de soins de santé. La fabrication de thermomètres et de sphygmomanomètres à mercure semble se concentrer dans un très petit nombre de pays, tous Parties à la Convention. Par conséquent, tant les États Parties que les États non parties à la Convention doivent être préparés pour faire face à la réduction de la disponibilité de ces dispositifs sur le marché.

H. STRATÉGIE POUR L'INTÉGRATION DE L'ANALYSE DES SPÉCIFICITÉS DE CHAQUE SEXE ET D'UNE DÉMARCHE SOUCIEUSE D'ÉQUITÉ ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS LES ACTIVITÉS DE L'OMS (résolution WHA60.25 (2007))

60. Ce rapport de situation présente les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution WHA60.25. Celle-ci forme désormais le socle sur lequel s'appuyer pour intensifier les efforts visant à atteindre les cibles des objectifs de développement durable liées à la santé et à l'égalité, et, de façon plus générale, à réaliser l'objectif 5 de développement durable (Parvenir à l'égalité des sexes et

[1] Environmental and occupational health hazards associated with artisanal and small-scale gold mining. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/247195/1/9789241510271-eng.pdf, consulté le 21 février 2017).

autonomiser toutes les femmes et les filles). Ce document décrit la mise en œuvre de la résolution dans les pays, la façon dont le Secrétariat a répondu aux demandes de soutien des États Membres et la manière dont on s'attache à renforcer la parité hommes-femmes au sein de l'Organisation.

Progrès accomplis par les pays

61. En 2016, les inégalités sanitaires (notamment entre les sexes) ont reculé dans 65 pays.[1]

Soutien apporté aux États Membres, en particulier pour la promotion de l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités de chaque sexe

62. Le Secrétariat a répondu aux demandes d'États Membres souhaitant obtenir un soutien technique pour la mise en œuvre de la résolution. En 2015-2016, il a fourni une assistance technique et contribué au renforcement des capacités pour la ventilation des données et le suivi des inégalités sanitaires dans 15 pays de trois Régions (Amériques, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale). Dans la Région du Pacifique occidental, le genre, l'équité et les droits de l'homme sont pris en compte dans le Cadre d'action régional sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019), et le problème a été placé au centre de l'examen 2015-2016 de six stratégies de systèmes de santé, lequel a notamment porté sur la planification de la sécurité sanitaire de l'eau aux Philippines. Dans la Région des Amériques, les dimensions du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'appartenance ethnique ont été intégrées au manuel de l'OPS pour l'élaboration du budget programme 2016-2017, et le Bureau régional des Amériques/OPS, en coordination avec les partenaires internes et externes, a commencé à mettre au point des indicateurs clés sur le genre et la santé en rapport avec les objectifs de développement durable et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030).

63. L'OMS fait un usage croissant des données ventilées et a publié deux rapports phares utilisant quatre dimensions à cet effet. Le premier étudie l'évolution des inégalités en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, sur 10 ans, et dans 86 pays à revenu faible ou intermédiaire, à l'aide de 23 indicateurs.[2] Le deuxième examine les inégalités en matière de vaccination de l'enfant, dans 69 pays et sur 10 ans, au moyen de cinq indicateurs.[3]

64. En 2016, la base de données Health Equity Monitor de l'OMS contenait des données ventilées provenant de 102 pays (contre 94 en 2015) pour plus de 30 indicateurs liés à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Cette même année, le Secrétariat a lancé un outil d'évaluation pour l'équité en santé (Health Equity Assessment Toolkit), un logiciel permettant aux pays d'évaluer les inégalités à l'aide d'une base de données recouvrant cinq dimensions (statut économique, éducation, lieu de résidence, région du pays et sexe de l'enfant, le cas échéant).

[1] Voir le document EB140/36, indicateur de réalisation (base) de la réalisation 3.3.

[2] OMS, International Center for Equity in Health. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908_eng.pdf?ua=1&ua=1, en anglais seulement, consulté le 2 mars 2017).

[3] State of inequality: childhood immunization, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252541/1/9789241511735-eng.pdf?ua=1, en anglais seulement, consulté le 2 mars 2017).

Renforcement des capacités des États Membres et du Secrétariat

65. Les orientations techniques du Secrétariat ont permis de renforcer les capacités nationales dans plusieurs cas de figure tels que ceux présentés ci-dessous.

- Des activités ont été entreprises dans 69 pays de quatre Régions de l'OMS (Afrique, Amériques, Méditerranée orientale et Pacifique occidental) en vue de renforcer les capacités à mener une action de santé publique tenant compte de la problématique hommes-femmes. Ainsi, le Bureau régional du Pacifique occidental a coordonné une campagne régionale de mobilisation sociale et de sensibilisation intitulée « Human Together » (Soyons humains tous ensemble) afin de promouvoir l'égalité entre les sexes et de réduire la violence sexiste.

- Le Bureau régional des Amériques/OPS a donné à 33 pays des orientations complémentaires sur l'intégration du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'appartenance ethnique aux autoévaluations sanitaires.

- En 2016, l'OMS a lancé l'approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté.[1] En Indonésie et au Népal, des stratégies, des plans et des programmes nationaux ont été mis à jour à la lumière des recommandations découlant de la mise à l'essai de l'approche Innov8 dans plusieurs pays. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a organisé un atelier régional pour une meilleure prise en compte du genre, de l'équité, des droits et des déterminants sociaux de la santé (Katmandou, 21-23 juin 2016) en vue de présenter l'approche Innov8 et les lignes directrices sur la mise en œuvre du cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents.

- En 2015-2016, le Secrétariat a poursuivi ses travaux sur la façon d'évaluer les obstacles aux services de santé, notamment ceux liés au genre et à des facteurs connexes tels que la faiblesse du niveau d'instruction ou des revenus ou le fait de vivre en zone rurale. Une évaluation des obstacles aux soins de santé primaires a été menée dans des districts défavorisés du Viet Nam, soulignant la nécessité de renforcer les soins de santé primaires et d'améliorer le système d'orientation-recours. Les résultats en ont été présentés lors d'une réunion nationale de parties prenantes en vue d'orienter les processus de planification. Les instruments quantitatifs et qualitatifs utilisés pour recenser les obstacles aux services (et prendre en compte les résultats dans la planification des programmes) ont été adaptés pour la chimioprévention et pour certaines maladies tropicales négligées, et des plans de mise à l'essai ont été élaborés pour un groupe de pays de la Région africaine.

- Au Viet Nam, le Secrétariat a collaboré avec plusieurs partenaires en vue de renforcer les capacités à tenir compte de la problématique hommes-femmes dans le suivi et l'évaluation des activités de prévention et de lutte contre le VIH.

66. Plusieurs bureaux régionaux ont organisé des ateliers de sensibilisation et de formation sur l'analyse des spécificités de chaque sexe et sur la façon de placer le genre, l'équité et les droits de l'homme au cœur de la planification. Le Bureau régional de l'Europe s'est attaché à former les administrateurs nationaux de programmes tandis que les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ciblaient certains membres du personnel des

[1] Voir http://www.who.int/social_determinants/Health_sector_reorientation/en/ (en anglais seulement, consulté le 3 mars 2017).

bureaux de pays et des bureaux régionaux spécialisés dans les questions de genre, d'équité et de droits de l'homme. Tout le personnel du Bureau régional des Amériques a reçu une formation à la problématique hommes-femmes et aux thèmes transversaux de l'équité, des droits de l'homme et de la diversité.

67. La feuille de route 2014-2019 de l'OMS[1] donne des indications sur l'intégration des questions liées au genre, à l'équité, aux droits de l'homme et aux déterminants sociaux dans les activités de l'Organisation. On en trouve l'écho dans le cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents et son document d'orientation, la Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS (adoptée en 2016 par le Comité régional de l'Europe) et le rapport du Bureau régional de l'Europe sur la santé et le bien-être de la femme en Europe.[2]

68. La capacité des membres du personnel du Secrétariat à intégrer les problématiques du genre, de l'équité et des droits de l'homme dans leurs activités a également été renforcée en apportant un soutien technique ciblé à ceux qui travaillent dans les secteurs de programme, l'accent étant mis sur la formulation du budget programme et la prise en compte de ces thématiques dans la formation à l'entrée en service et les nouveaux modules de formation en ligne.

Intégration du genre dans la gestion de l'OMS et mise en place d'un système de responsabilisation

69. En 2016, 13 secteurs de programme de l'OMS intégraient des aspects liés au genre, à l'équité et aux droits de l'homme, contre 10 en 2015. De plus, des travaux sont en cours pour intégrer en moyenne quatre mesures sur le genre, l'équité et les droits de l'homme dans chacun des 20 secteurs de programme du projet de budget programme 2018-2019 qui sera présenté à l'Assemblée de la Santé en mai 2017.

70. Au Secrétariat, l'unité Genre, équité et droits de l'homme (GER) donne au personnel des secteurs de programme des orientations axées sur l'usager afin de faciliter l'intégration de cette problématique dans toutes les activités de l'Organisation, par exemple dans le budget programme, les stratégies OMS de coopération avec les pays et les formations à l'entrée en service des chefs de bureau de l'OMS dans les pays, territoires et zones. Les cycles de planification, de suivi et d'évaluation du Bureau régional des Amériques incluent une analyse de l'intégration du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'appartenance ethnique au sein des rapports techniques. Au Bureau régional de l'Europe, la direction a adopté un plan d'action pour l'équité qui repose sur des approches centrées sur les déterminants sociaux et environnementaux, le genre et les droits de l'homme.

71. Depuis 2016, plusieurs fonctionnaires de l'OMS ont pu participer au programme de formation de l'École des cadres du système des Nations Unies sur le leadership, les femmes et les Nations Unies, destiné aux personnels féminins des classes P.4 et P.5.

[1] Roadmap for action, 2014-2019: integrating equity, gender, human rights and social determinants into the work of WHO. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/roadmap/en/, en anglais seulement, consulté le 3 mars 2017).

[2] Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage (2016). Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2016 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016, en anglais seulement, consulté le 3 mars 2017).

72. Le Secrétariat doit rendre compte des mesures qu'il prend en vue :

- de satisfaire aux obligations du cadre de responsabilisation du plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, en particulier afin d'améliorer les résultats pour six indicateurs de performance sur 15, notamment concernant les politiques et la planification, le suivi et l'établissement des rapports et la culture organisationnelle ;

- d'atteindre les cibles sur l'égalité entre les sexes au moyen de la stratégie du Secrétariat sur la parité hommes-femmes et de la politique de l'OMS pour l'égalité entre hommes et femmes au sein du personnel (introduite en 2016), et de satisfaire aux engagements pris devant l'International Gender Champions – Geneva ;

- d'atteindre les cibles en matière de genre (qui figurent dans les pactes auxquels les Sous-Directeurs généraux et les autres hauts fonctionnaires sont tenus au titre du cadre de responsabilisation de l'OMS ainsi que dans le système amélioré d'évaluation des services du personnel), et de démontrer des comportements respectueux de la diversité.

Systèmes de santé

I. PROGRÈS EN MATIÈRE D'USAGE RATIONNEL DES MÉDICAMENTS (résolution WHA60.16 (2007))

73. Pour donner suite à la résolution WHA60.16 (2007), les États Membres travaillent, en collaboration avec le Secrétariat et les partenaires, pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments, visant à réduire au minimum la consommation excessive, insuffisante ou abusive de médicaments par les moyens suivants : la planification et la mise en œuvre d'interventions, telles que la sélection sur des bases factuelles ; les orientations de politique générale et la promotion des meilleures pratiques ; le renforcement des capacités ; et la collecte et l'analyse des données sur l'usage des médicaments.

Normes et critères pour la sélection et l'usage rationnel

74. Des médicaments supplémentaires pour lutter contre le cancer et de nouveaux médicaments contre l'hépatite C et la tuberculose ont été ajoutés à la 19e Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels et à la 5e Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels destinés à l'enfant. Un examen des antibiotiques contre les maladies infectieuses et les infections sexuellement transmissibles, et des indications pédiatriques sera mené à bien par le vingt et unième Comité d'experts OMS de la sélection et de l'utilisation des médicaments essentiels en mars 2017. Le Comité d'experts procédera aussi à l'examen de médicaments pour des maladies non transmissibles telles que le cancer et le diabète.

75. L'OMS rédige actuellement des lignes directrices pour la prise en charge de la douleur cancéreuse. La méthodologie a été définie lors d'une réunion tenue en 2016 et un examen des opioïdes destinés à la prise en charge de la douleur a été entrepris pour être soumis au vingt et unième Comité d'experts de la sélection et de l'utilisation des médicaments essentiels.

Usage responsable des antimicrobiens

76. Le Secrétariat dirige les travaux de surveillance de la consommation et de l'usage des médicaments antimicrobiens. Une consultation d'experts a été organisée en mars 2016, contribuant à la mise au point d'une méthodologie de l'OMS pour la surveillance de la consommation des antimicrobiens.[1] La formation et la mise en œuvre de l'enquête ont commencé en 2016. Sur la base du protocole du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, un protocole pour l'enquête de prévalence ponctuelle en milieu hospitalier de l'OMS a été élaboré. La mise en œuvre de l'enquête est prévue en 2017 pour les pays de la Région africaine et des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Les données obtenues pourront être comparées aux données obtenues dans les pays de la Région européenne de l'OMS.

77. Le réseau de l'OMS sur la consommation des médicaments antimicrobiens aide les pays à mettre en place une surveillance de la consommation des antimicrobiens ou à la renforcer. Les efforts sont coordonnés avec ceux des partenaires pour garantir que les données sont compatibles et comparables. Le Bureau régional de l'Europe a soutenu la mise au point d'un logiciel visant à faciliter et à simplifier l'analyse des données. Un rapport sur les données de consommation de 2011 à 2014 est en cours d'élaboration.

78. Une réunion consultative d'experts sur la lutte contre la résistance aux antimicrobiens a été organisée par le Bureau régional de l'Afrique en mai 2015, contribuant aux plans d'action dans les pays relatifs à la résistance aux antimicrobiens et aux plans d'activités sur un usage responsable des antimicrobiens.

Progrès accomplis dans les Régions et les pays

79. Dans la Région des Amériques, la soixante-huitième session du Comité régional des Amériques a adopté une résolution sur l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel.[2] Une autre résolution[3] a été adoptée par la réunion des ministres de la santé de la région andine en 2015, portant adoption d'une stratégie et d'un plan d'action pour l'usage rationnel des médicaments dans la région. Des orientations ont été publiées sur l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques pharmaceutiques nationales afin de renforcer les stratégies en faveur de l'usage rationnel des médicaments. Cuba, le Mexique et le Paraguay ont mené une évaluation pilote des indicateurs de base relatifs à l'usage rationnel des médicaments pour les services de santé. Vingt-trois pays, territoires et zones de la Région des Amériques ont mis à jour leurs listes de médicaments essentiels depuis 2014. Sept pays ont indiqué disposer de normes et procédures précises pour l'élaboration et l'adaptation de lignes directrices pour la pratique clinique.

[1] http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/WHO_AMC_Surveillance_1.0_FR.pdf?ua=1 (consulté le 19 janvier 2017).

[2] Résolution CD55/10, Rev.1 (2016).

[3] XXXV Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), Resolución REMSAA XXXV/501, Estrategia Andina y Plan de Acción de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias y Observatorio Andino de Medicamentos. Cochabamba, Bolivie, octobre 2015. Disponible en ligne, en espagnol uniquement : http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Resolucion%20XXXV%20501%20Medicamentos%20y%20OAM.pdf (consulté le 20 février 2017).

80. Dans la Région africaine, 17 pays ont travaillé à l'amélioration de la sélection, de la prescription, de la délivrance et de l'usage des médicaments. Les activités ont consisté notamment à réviser les listes nationales des médicaments essentiels et/ou les guides thérapeutiques normalisés, à dispenser des formations sur la prescription et l'usage, et à mener des enquêtes pour évaluer la prescription et l'usage des médicaments.

81. Le Bureau régional de l'Europe collabore avec ses partenaires afin de soutenir les pharmaciens communautaires de 32 pays pour promouvoir une plus grande collaboration sur les questions liées à l'usage responsable des médicaments. Il a coorganisé un cours visant à aider les pays à comprendre comment des modèles d'action sur plusieurs fronts peuvent améliorer l'adhésion aux recommandations sur un usage de qualité des médicaments dans les soins primaires et hospitaliers.

82. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a fourni une formation pour le personnel du ministère de la santé et des autorités chargées de la réglementation dans huit pays sur les obstacles à l'accès aux médicaments opioïdes et leur usage, sur des questions telles que la réalisation d'enquêtes sur l'accessibilité, y compris financière, la disponibilité et l'usage, et l'estimation des besoins futurs. Une enquête sur les causes des pénuries et ruptures de stock de médicaments et les tendances actuelles dans ce domaine a aussi été menée.

Les prochaines étapes

83. Malgré les diverses initiatives visant à favoriser l'usage rationnel des médicaments décrites ci-dessus, les efforts doivent être multipliés, notamment dans le domaine des politiques et des plans nationaux, par l'intermédiaire d'initiatives régionales et moyennant la mobilisation de ressources comme il est préconisé dans la résolution WHA60.16.

J. RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE RÉGLEMENTATION DES PRODUITS MÉDICAUX (résolution WHA67.20 (2014))

84. Ce document présente des informations détaillées sur les activités entreprises par le Secrétariat pour donner suite à la résolution WHA67.20 (2014).

85. **Renforcement du système de réglementation.** De juin 2014 à janvier 2017, le Secrétariat a apporté un soutien à quelque 60 États Membres désireux de renforcer leurs moyens réglementaires, en formant au niveau mondial plus de 1000 professionnels du domaine à tout un éventail de sujets.

86. L'OMS a entamé des travaux pour l'adoption d'approches plus innovantes et efficaces du renforcement des systèmes de réglementation. En principe, une fois arrêtées, celles-ci devraient notamment porter sur la formation d'une coalition avec les organismes partenaires, la création de centres d'excellence et la mise au point d'un outil de fixation des priorités pour accroître l'impact des interventions.

87. **Normes et critères.** L'OMS a élaboré des recommandations sur tous les aspects de la résolution WHA67.20, notamment les documents suivants qui ont été approuvés par le comité d'experts de l'OMS :

- lignes directrices sur les produits biothérapeutiques, y compris, en dernier lieu, sur l'évaluation des anticorps monoclonaux, en particulier en tant que produits biothérapeutiques similaires ;

- orientations concernant : la gestion du sang et des constituants du sang en tant que médicaments essentiels ; l'estimation du risque résiduel d'infection par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C au moyen des constituants cellulaires du sang ou le plasma ; et la mise au point de critères secondaires pour les essais de diagnostic *in vitro* des maladies infectieuses par détection de l'acide nucléique ou de l'antigène ;

- lignes directrices pour améliorer l'état de préparation réglementaire des pays non producteurs de vaccins en vue d'accélérer l'approbation des vaccins antigrippaux utilisés en cas de situation d'urgence pandémique ;

- modèle de cadre réglementaire mondial pour les dispositifs médicaux, y compris les produits de diagnostic *in vitro*, destiné aux pays où les dispositifs médicaux sont peu réglementés ou pas du tout.

88. En outre, l'OMS a élaboré :

- un projet de bonnes pratiques pour une réglementation rigoureuse, efficace et économique des produits médicaux. Ces lignes directrices définissent également ce qu'il faut comprendre par « prise en compte des travaux des autres autorités » et encouragent le recours à cette approche ;

- une politique sur la dénomination des produits de thérapie cellulaire pour compléter celle sur la dénomination des produits de thérapie génique.

89. **Collaboration et coordination à tous les niveaux de l'Organisation.** L'OMS continue de veiller à ce que les efforts de renforcement du système réglementaire soient soutenus à tous les niveaux de l'Organisation par la planification, l'exécution et l'établissement des rapports, au titre de la catégorie 4 du douzième programme général de travail, 2014-2019.

90. **Programme de préqualification.** L'OMS, des groupes professionnels et les principaux partenaires sont convenus d'un nouveau dispositif de financement pour assurer la viabilité financière et la qualité du programme OMS de préqualification dans les années à venir.

91. L'OMS s'est également attachée à promouvoir le recours à une procédure d'enregistrement collaborative pour les produits qualifiés. À ce jour, 30 pays l'ont utilisée pour les médicaments. Elle est également à l'essai dans le système de réglementation des Caraïbes.

92. **Réseaux de réglementation.** L'OMS a fourni un soutien technique à l'Initiative d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique en vue d'augmenter le nombre d'organisations régionales africaines participantes, outre la Communauté d'Afrique de l'Est. L'OMS a également soutenu l'extension de l'Initiative sur l'harmonisation pour qu'elle ne porte plus seulement sur les médicaments génériques, mais recouvre aussi d'autres types de produits et fonctions de réglementation.

93. Afin de promouvoir l'efficacité des initiatives de collaboration et de coopération, et la participation à celles-ci, l'OMS a :

- facilité la mise en place de plateformes efficaces pour le partage des tâches, la prise en compte des travaux des autres autorités et la préparation aux situations d'urgence, en particulier le Forum africain pour la réglementation des vaccins et le Réseau des autorités de réglementation

des vaccins des pays en développement, qui ont tous deux étendu leurs activités aux médicaments ;

- soutenu la mise en place d'un groupe de l'ANASE sur l'évaluation conjointe des médicaments prioritaires ;

- lancé un réseau mondial de laboratoires de contrôle des vaccins chargé de la mise en circulation des vaccins préqualifiés par l'OMS.

94. **Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique (CIARP).** L'OMS a apporté son soutien à la Seizième Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique à Rio de Janeiro, au Brésil (du 26 au 29 août 2014), et à la Dix-Septième Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique au Cap, en Afrique du Sud (les 27 et 28 novembre 2016). Plus de 500 représentants issus de plus de 100 États Membres de l'OMS ont participé à ces manifestations. Les recommandations qui y ont été adoptées ont aidé à mettre en place le programme sur les politiques de réglementation du Secrétariat et des États Membres, la dernière conférence s'intéressant en particulier à l'importance d'une coopération réglementaire efficace pour assurer la disponibilité des produits médicaux essentiels.

95. **Coordination avec les travaux entrepris dans le cadre du dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/ contrefaits.** Le Secrétariat travaille en étroite collaboration avec le Comité d'orientation du dispositif des États Membres afin d'éviter les doublons.

96. Des systèmes de réglementation fonctionnant efficacement sont essentiels pour garantir l'accès à des produits médicaux sûrs, efficaces et de qualité garantie. L'OMS a adopté une approche multidimensionnelle du renforcement des systèmes de réglementation, fondée sur la résolution WHA67.20 et les principes de la qualité des données factuelles et des approches reposant sur les risques, lesquels prennent en considération l'intérêt des activités de réglementation pour la santé publique et l'importance croissante de la coopération et de la prise en compte des travaux des autres autorités dans le domaine de la réglementation. Pour faire en sorte que tous les pays disposent d'un système opérationnel de réglementation, les États Membres et le Secrétariat devront déployer des efforts constants à long terme.

K. DÉVELOPPER LES SOINS CHIRURGICAUX D'URGENCE, LES SOINS CHIRURGICAUX ESSENTIELS ET L'ANESTHÉSIE EN TANT QUE COMPOSANTES DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (résolution WHA68.15 (2015))

97. La résolution WHA68.15, adoptée en 2011, offre une base pour les activités nationales, régionales et internationales de développement des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et de l'anesthésie.

98. Le Secrétariat, par l'intermédiaire du Programme OMS pour les soins chirurgicaux d'urgence et les soins chirurgicaux essentiels, et avec d'autres parties prenantes, a établi une feuille de route pour la mise en œuvre de la résolution WHA68.15. Cette feuille de route comporte les éléments ci-après :

a) **Sensibilisation.** Des manifestations ont été organisées dans les six Régions de l'OMS, en collaboration avec des partenaires stratégiques, pour mieux faire connaître les besoins non

satisfaits en matière de soins chirurgicaux et la rentabilité des soins chirurgicaux et de l'anesthésie lorsqu'ils sont intégrés dans les systèmes de soins primaires.

b) **Prestation des services.** Plusieurs États Membres de la Région africaine (Éthiopie, Madagascar, République-Unie de Tanzanie et Zambie), de la Région des Amériques (Brésil, Équateur, Nicaragua et Pérou), de la Région de l'Asie du Sud-Est (Inde) et de la Région du Pacifique occidental (Australie, États fédérés de Micronésie, Fidji, Îles Cook, Îles Salomon, Kiribati, Nauru, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Timor-Leste, Tonga, Tuvalu et Vanuatu) ont prévu d'accueillir ou accueilli des forums sur les soins chirurgicaux et ont entamé des évaluations des capacités nationales en vue d'élaborer des plans nationaux sur les soins chirurgicaux et obstétricaux et l'anesthésie.[1]

c) **Gestion de l'information.** Un groupe de travail technique pluridisciplinaire, auquel ont participé des représentants des six Régions de l'OMS, a mis au point un outil électronique afin d'évaluer les capacités pour les soins chirurgicaux et obstétricaux et l'anesthésie.

d) **Médicaments et fournitures essentiels.** Le Secrétariat s'est intéressé à des questions relatives à l'accès aux médicaments essentiels utilisés pour les soins chirurgicaux, les soins obstétricaux et l'anesthésie, et à la disponibilité et au coût de ces médicaments. Il a également abordé les questions relatives au bon usage des antibiotiques en chirurgie, qui entrent en ligne de compte dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.

e) **Développement des personnels.** Le Secrétariat collabore avec des États Membres, des associations professionnelles de chirurgiens[2] et des partenaires du développement afin de favoriser l'échange de données sur les bonnes pratiques et d'établir des normes minimales et des programmes d'enseignement fondamentaux pour les prestataires pleinement formés et les prestataires de niveau intermédiaire (par le biais du partage des tâches), dans les domaines de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'anesthésie.

99. Pour mobiliser des ressources et fournir des compétences techniques à tous les niveaux, l'OMS s'est alliée à des partenaires clé, dont les centres collaborateurs pour les soins chirurgicaux et l'anesthésie,[3] cinq acteurs non étatiques en relations officielles avec l'Organisation,[4] plusieurs missions permanentes et des bureaux de pays.

100. La mise en œuvre de la résolution a avancé sur certains points précis, mais il est clair que d'importantes ressources doivent être mobilisées et que des programmes doivent être élaborés, aux niveaux national et international, pour appliquer la résolution dans son ensemble. On s'attend aussi à ce que la disponibilité de certains médicaments essentiels, dont la kétamine et les narcotiques, soit

[1] Pour plus d'informations, voir http://www.who.int/surgery/publications/WHA-progress-report-annex.pdf, consulté le 20 février 2017.

[2] American College of Surgeons, Royal College of Surgeons of England, Royal College of Surgeons in Ireland, Royal Australasian College of Surgeons, College of Surgeons of East, Central and Southern Africa et West African College of Surgeons.

[3] Université nationale des sciences médicales de Mongolie et University of Western Ontario.

[4] Collège international des chirurgiens, Fédération internationale des collèges de chirurgie, Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie, Fédération mondiale des sociétés d'anesthésiologistes et Fédération mondiale des sociétés de neurochirurgie.

menacée. Enfin, les besoins étant énormes, il faudra absolument former des personnels de santé en nombre suffisant dans le cadre de programmes en chirurgie, en anesthésie et en obstétrique.

101. Pour mettre en œuvre la résolution WHA68.15, le Secrétariat a prévu de mener des activités aux niveaux mondial, régional et national au cours des cinq prochaines années. Ces différentes activités sont présentées ci-dessous.

a) **Au niveau mondial.** Mise au point d'un cadre comportant des plans nationaux concernant les soins chirurgicaux et obstétricaux et l'anesthésie, sur la base d'indicateurs essentiels ; promotion des médicaments essentiels aux niveaux local, régional et international ; mise en œuvre de programmes d'enseignement pilotes ; et établissement de normes minimales de référence pour l'homologation.

b) **Au niveau régional.** Création de partenariats régionaux et de centres collaborateurs pour les soins d'urgence et les soins chirurgicaux essentiels ; établissement de lignes directrices fondées sur les meilleures pratiques concernant la mise au point de plans nationaux pour les soins chirurgicaux, sur la base de données factuelles venant de pays modèles ; et mise au point d'outils de planification stratégique concernant les personnels de santé dans les domaines de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'anesthésie, sur la base de données régionales et conformément aux priorités énoncées dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.

c) **Au niveau national.** Suivi des plans nationaux et des réseaux internes d'orientation pour les soins chirurgicaux et obstétricaux et l'anesthésie et utilisation d'indicateurs fondés sur des bases factuelles pour élaborer une politique nationale ; promotion de programmes de formation et de systèmes d'homologation nationaux standardisés solides pour tous les prestataires de soins chirurgicaux ; et actions de sensibilisation au niveau local pour favoriser la disponibilité de services de soins chirurgicaux et obstétricaux et d'anesthésie au niveau primaire.

Préparation, surveillance et intervention

L. ÉRADICATION DE LA VARIOLE : DESTRUCTION DES STOCKS DE VIRUS VARIOLIQUE (résolution WHA60.1 (2007))

102. À la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2016, les États Membres ont abordé la question de la date de destruction des stocks existants de virus variolique. L'avènement des technologies issues de la biologie de synthèse, qui permettent de créer des virus varioliques à partir d'informations publiquement disponibles et à l'aide de méthodes de laboratoire courantes, a bien montré que le Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique devait examiner les besoins actuels de la recherche avec des virus varioliques vivants. L'Assemblée de la Santé a convenu d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé une question de fond sur la destruction des stocks de virus variolique afin de laisser encore le temps de mener des travaux de recherche supplémentaires, en prévoyant, dans l'intervalle, l'établissement de rapports de situation annuels sur l'état de la recherche.[1]

[1] Document WHA69/2016/REC/3, procès-verbal de la Commission A, sixième séance (en anglais seulement).

103. Le présent rapport de situation donne un aperçu des activités menées par le Secrétariat depuis la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il résume les débats et les conclusions de la dix-huitième réunion du Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique (Genève, 2 et 3 novembre 2016)[1] et des inspections de sécurité biologique des deux conservatoires autorisés de virus variolique (le Centre de recherche d'État en virologie et biotechnologie (VECTOR), Koltsovo, région de Novossibirsk, Fédération de Russie, et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Géorgie, États-Unis d'Amérique. Le Comité consultatif, dont la composition a été élargie, comprend désormais des experts des technologies issues de la biologie de synthèse.

104. Lors de sa dix-huitième réunion, le Comité consultatif a reçu des rapports du Secrétariat, y compris sur le stock de vaccins antivarioliques d'urgence géré par l'OMS. Le Comité consultatif a également reçu des rapports sur les collections de virus détenues dans les deux centres collaborateurs de l'OMS qui sont des conservatoires autorisés de virus variolique. Le Comité a examiné le travail du programme autorisé de recherche utilisant du virus variolique dans chaque conservatoire. En 2016, l'OMS a reçu huit propositions de travaux de recherche qui ont été évalués par le sous-comité scientifique du Comité consultatif ; cinq de ces propositions (deux du VECTOR et trois des CDC) ont été jugées comme étant des « travaux de recherche essentiels qui intéressent la santé publique et qui nécessitent l'utilisation de virus varioliques vivants » et le sous-comité scientifique a donc recommandé à l'OMS de les approuver.

105. Le Comité consultatif a également examiné des mises à jour sur l'utilisation de virus variolique vivant pour la mise au point de tests diagnostiques, deux modèles animaux, des vaccins antivarioliques et deux agents thérapeutiques. Des représentants de laboratoires pharmaceutiques ont présenté les progrès accomplis concernant l'homologation d'antiviraux et l'essai et l'homologation de vaccins antivarioliques sans réplication de troisième génération qui pourraient convenir aux personnes immunodéprimées. La Food and Drug Administration des États-Unis d'Amérique a présenté son opinion sur la procédure d'homologation.

106. Le Comité consultatif a examiné et approuvé l'évaluation du Groupe consultatif indépendant sur les incidences pour la santé publique des techniques de biologie synthétique en rapport avec la variole, qui indique dans son rapport pour 2015 : « il sera toujours possible de recréer le virus variolique et le risque de réémergence de la variole ne pourra donc jamais être totalement écarté ».[2] Le Comité consultatif a reconnu que la biologie de synthèse avait changé – et continuerait de changer – la donne en ce qui concerne le virus variolique et les maladies dont l'éradication est prévue. À cet égard, le Comité a souligné l'importance de la préparation aux niveaux national et mondial, notamment pour la disponibilité et l'accessibilité des outils de diagnostic et des autres outils connexes.

107. Le cycle actuel d'inspections de la sécurité biologique sur les sites des conservatoires, menées tous les deux ans par l'OMS, a commencé au VECTOR (du 10 au 15 octobre 2016). L'inspection aux CDC sera menée en mai 2017 par la même équipe internationale d'experts de la sécurité biologique, également sous l'égide de l'OMS. Les rapports de ces deux inspections seront finalisés en 2017. Le protocole utilisé pour les inspections est conforme à la norme CWA 15793 du Comité européen de normalisation sur la gestion des risques biologiques en laboratoire, qui couvre 16 éléments de la gestion des risques biologiques en laboratoire.

[1] Le rapport sera publié bientôt, en anglais, sur le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/csr/disease/smallpox/en, à la rubrique « Highlights ».

[2] Voir http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198357/1/WHO_HSE_PED_2015.1_eng.pdf?ua=1, page 5 (consulté le 1er mars 2017).

M. RENFORCEMENT DE LA SÉCURITÉ BIOLOGIQUE EN LABORATOIRE (résolution WHA58.29 (2005))

108. Dans la résolution WHA58.29, adoptée en 2005, l'Assemblée de la Santé a invité instamment les États Membres à prendre une série de mesures pour renforcer la sécurité microbiologique en laboratoire, notamment en élaborant des plans nationaux et en mettant en œuvre des programmes spécifiques pour la sécurisation de la manipulation et du transport des agents et des toxines biologiques. Elle a également prié le Directeur général de veiller à ce que l'OMS joue un rôle actif dans l'amélioration de la sécurité biologique en laboratoire, et le Secrétariat de fournir un appui technique, notamment en favorisant l'élaboration et la mise en commun des connaissances et des données d'expérience par l'actualisation des recommandations et manuels correspondants de l'OMS.

109. Conformément à cette résolution, l'OMS a intensifié son action, de concert avec les États Membres et ses partenaires, y compris les organisations internationales, les institutions de santé publique et les autorités compétentes, les instruments de financement mondiaux et les associations du domaine de la sécurité biologique, afin d'assurer un fonctionnement sûr et sécurisé des laboratoires, de confiner les risques biologiques et de prévenir la dissémination naturelle, accidentelle ou délibérée. Les efforts concertés de toutes les parties ont permis d'améliorer progressivement la sécurité biologique.

110. L'OMS a publié plusieurs **documents stratégiques et techniques** sur la sécurité biologique en laboratoire, comme le Guide pratique sur l'application du Règlement relatif au transport des matières infectieuses (mis à jour tous les deux ans),[1] des orientations sur la sécurité biologique en laboratoire,[2] un document sur les capacités requises des laboratoires en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et leur mise en place dans la Région africaine de l'OMS,[3] la stratégie Asie-Pacifique pour la maîtrise des maladies émergentes (2010),[4] la stratégie de renforcement des services des laboratoires de santé pour l'Asie et le Pacifique,[5] le Cadre stratégique pour le renforcement des services des laboratoires de santé 2016-2020 dans la Région de la Méditerranée orientale,[6] un document consacré à

[1] *Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2017-2018*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.8/en/, consulté le 20 mars 2017).

[2] Biorisk management: Laboratory biosecurity guidance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2006_6.pdf, en anglais seulement, consulté le 1er mars 2017).

[3] Capacités requises des laboratoires en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et leur mise en place dans la Région africaine de l'OMS. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.afro.who.int/fr/groupes-organiques-et-programmes/3951-capacites-requises-des-lab-en-vertu-du-rsi-et-leur-mise-en-place-dans-la-region-oms-afro.html, consulté le 1er mars 2017).

[4] Asia Pacific strategy for emerging diseases: 2010. Manille, Bureau régional du Pacifique occidental, et New Delhi, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, 2010 (http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4694.pdf, en anglais seulement, consulté le 1er mars 2017).

[5] Asia Pacific strategy for strengthening health laboratory services (2010-2015). Manille, Bureau régional du Pacifique occidental, et New Delhi, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, 2010 (http://www.searo.who.int/about/administration_structure/cds/BCT_Asia_Pacific_Strategy10-15.pdf, en anglais seulement, consulté le 1er mars 2017).

[6] Cadre stratégique pour le renforcement des services des laboratoires de santé 2016-2020, Comité régional de la Méditerranée orientale, document EM/RC63/5 Rev.1 (http://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2016_5_6_19029_FR.pdf?ua=1 consulté le 1er mars 2017).

la recherche responsable sur les sciences de la vie pour la sécurité sanitaire mondiale[1] et le Manuel de sécurité biologique pour les laboratoires de la tuberculose.[2]

111. L'OMS a mis à disposition **un ensemble d'instruments et d'outils** pour suivre la situation, les progrès et les défis en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité biologique en laboratoire. L'un d'eux propose une évaluation intersectorielle pangouvernementale du système national de sécurité et de sûreté biologiques en laboratoire.[3] En 2016, le Bureau régional de l'Afrique a mis au point un outil d'évaluation de la sécurité biologique dans les laboratoires de confinement de niveau 3 dans la Région, centré sur les principales procédures associées à la conception, l'aménagement, la mise en service, la maintenance et la réglementation de ces établissements.[4]

112. **Renforcement des capacités.** L'OMS a mis en œuvre plusieurs projets multipays ou individuels à l'appui de pays tels que le Bangladesh, l'Indonésie, le Myanmar, le Népal, Oman et le Pakistan. En plus d'ouvrir des possibilités de formation, ces projets ont répondu à des besoins et demandes particuliers touchant notamment à la sensibilisation et à la coordination multisectorielle, à l'élaboration de lignes directrices et de modes opératoires normalisés nationaux sur la sécurité biologique et à la formation à ces outils, à l'examen de la réglementation et des politiques nationales sur la sécurité biologique, et à l'achat de matériel et de fournitures essentielles de sécurité biologique. Des orientations sur la conception des installations de sécurité biologique de niveau 3 ont été données à 21 pays des Amériques.

113. Un problème régulièrement pointé était que seul un nombre restreint de pays disposait d'un cadre de réglementation efficace et d'un mécanisme de suivi pour garantir la sûreté des laboratoires et le confinement des agents microbiologiques et des toxines. Le Secrétariat a fourni un soutien au Pakistan et au Viet Nam dans leur volonté de mettre en place une politique nationale sur la sécurité biologique et d'actualiser la réglementation.

114. L'OMS a mis au point une formation sur la gestion des risques biologiques en vue d'introduire une approche systématique d'évaluation et d'atténuation de ceux-ci. La conduite de ces ateliers a permis de constituer un vivier de formateurs qui ont eux-mêmes formé plus de 3000 personnes dans plus de 100 pays des six Régions. Certains pays ont reproduit cette initiative au niveau national, un petit groupe de formateurs nationaux formant par la suite des centaines d'agents de laboratoire.

115. Une formation approfondie sur l'acheminement sécurisé des matières infectieuses a été prodiguée à 1600 chargeurs issus de l'ensemble des Régions qui ont obtenu une certification pour une période de deux ans. Des formations régionales ont été proposées sur les bonnes pratiques de microbiologie en Asie du Sud-Est, le bon usage de l'équipement de protection individuelle dans les Amériques et les systèmes nationaux de sécurité biologique en Europe.

---

[1] Responsible life sciences research for global health security: a guidance document. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70507/1/WHO_HSE_GAR_BDP_2010.2_eng.pdf, en anglais seulement, consulté le 1er mars 2017).

[2] Manuel de sécurité biologique pour les laboratoires de la tuberculose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93398/1/9789242504637_fre.pdf, consulté le 1er mars 2017).

[3] Outil d'évaluation extérieure conjointe du Règlement sanitaire international (2005). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208174/1/9789242510171_fre.pdf, consulté le 2 mars 2017).

[4] Outil d'évaluation des principales procédures en matière de conception, d'aménagement, de mise en service, de maintenance et de réglementation des installations de sécurité biologique de niveau 3 dans la Région africaine de l'OMS. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246287/1/9789290233046-fre.pdf, consulté le 2 mars 2017).

116. **Confinement d'agents microbiologiques.** D'importants progrès ont été accomplis en matière de confinement d'agents microbiologiques, en particulier pour le poliovirus et le virus variolique. Le plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus[1] recommande un ensemble de normes que les établissements conservant des poliovirus doivent appliquer en préparation de l'ère postéradication. Une enquête approfondie a été menée par les États Membres qui ont ensuite désigné leurs établissements essentiels de conservation de poliovirus, le but étant de réduire le nombre d'établissements assurant cette fonction, en commençant par le poliovirus du type 2. Conformément à ce qui est demandé au Directeur général dans la résolution WHA60.1 (2007) « Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique », l'OMS mène des inspections biennales des deux conservatoires autorisés de virus variolique afin de garantir les normes les plus élevées de sécurité et de sûreté biologiques.[2]

117. **Renforcement de la base de connaissances et suivi des progrès.** Le groupe consultatif élargi de l'OMS sur la sécurité biologique a tenu trois réunions en 2010, 2014 et 2016 afin de donner des orientations au Secrétariat concernant les activités liées à la biosécurité. Ces réunions ont également facilité la coopération entre les États Membres ainsi qu'avec le Secrétariat et les autres organisations internationales. En 2010, le groupe a formulé le cadre d'action stratégique OMS pour la gestion du risque biologique 2012-2016.[3] En 2014, les participants ont examiné le cadre stratégique et recensé de nouveaux domaines prioritaires, notamment la révision du Manuel OMS sur la sécurité des laboratoires, dont la dernière version a été publiée en 2004. Ce manuel fait actuellement l'objet d'un examen global par un comité éditorial qui s'est réuni régulièrement depuis 2015 en vue de mettre en place une approche pratique fondée sur les risques et reposant sur des bases factuelles, qui donne un accès équitable aux analyses de laboratoire requises.

118. Même si les États Membres ont accompli des progrès considérables, certains problèmes continuent de se poser fréquemment, en particulier dans les pays aux ressources limitées. On observe ainsi des lacunes en matière de culture de la sécurité et sur le plan de la réglementation et des pratiques, et une insuffisance de ressources techniques et financières pour maintenir des infrastructures et des installations adaptées sur le plan de la sécurité biologique. Une mobilisation accrue et des ressources pérennes restent nécessaires pour faire appliquer l'ensemble des dispositions de la résolution WHA58.29.

= = =

[1] Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral. GAP III. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208873/1/WHO_POLIO_15.05_fre.pdf, consulté le 2 mars 2017).

[2] Pour plus d'informations, voir le rapport de situation intitulé « Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique » (résolution WHA60.1 (2007)) (document A70/38) et le site Web de l'OMS http://www.who.int/csr/disease/smallpox/safety-inspections/en/ (consulté le 2 mars 2017)

[3] Laboratory Biorisk Management: Strategic Framework for Action 2012-2016. Organisation mondiale de la Santé, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70878/1/WHO_HSE_2012.3_eng.pdf (en anglais seulement, consulté le 2 mars 2017).