Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DOUZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A72/59**
Point 21.3 de l'ordre du jour provisoire **4 avril 2019**

Rapports de situation

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIÈRES

Pages

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

B. Réduction de la charge du mycétome (résolution WHA69.21 (2016)) 4

C. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16 (2011)) 6

D. Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA60.21 (2007)) 8

E. Prévention de la surdité et de la déficience auditive (résolution WHA70.13 (2017)) 9

F. 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)) 11

G. Rôle du secteur de la santé dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà (décision WHA70(23) (2017)) 14

H. Renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux (résolution WHA67.20 (2014)) 16

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

J. Médecine traditionnelle (résolution WHA67.18 (2014)) 21

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

1. Le document *Lutte contre le paludisme : stratégie technique mondiale et cibles 2016-2030* fixe des cibles mondiales ambitieuses, mais atteignables, en matière de lutte et d'élimination. Les cibles pour 2030 consistent : à réduire l'incidence du paludisme et la mortalité liée au paludisme, au plan mondial, d'au moins 90 % par rapport aux niveaux de référence de 2015 ; à éliminer le paludisme d'au moins 35 pays ; et à empêcher la réapparition du paludisme dans les pays qui en sont exempts. Les objectifs intermédiaires stratégiques pour 2020 et 2025 sont la réduction de l'incidence du paludisme et de la mortalité liée au paludisme d'au moins 40 % et 75 %, respectivement, et l'élimination du paludisme d'au moins 10 et 20 pays d'endémie, respectivement.

2. Les progrès en matière de lutte contre le paludisme ont marqué le pas ; d'après le *Rapport sur le paludisme dans le monde 2018*, aucune avancée significative n'a été accomplie dans la réduction du nombre de cas au niveau mondial pendant la période 2015-2017. Le nombre estimatif de décès imputables au paludisme s'est établi à 435 000 en 2017, un nombre proche de celui de 2016. L'Afrique subsaharienne continue de supporter plus de 90 % de la charge mondiale du paludisme ; dans les 10 pays africains les plus touchés, il y avait, en 2017, 3,5 millions de cas de plus qu'en 2016.

3. Au vu des tendances récentes, il est peu probable que les objectifs intermédiaires pour 2020 en matière de mortalité et de morbidité soient atteints. L'insuffisance des fonds alloués à la lutte contre le paludisme accentue encore le problème. En 2017, moins de la moitié des fonds stratégiques à mobiliser au titre de l'objectif intermédiaire pour 2020 (soit US $6,6 milliards) avait été collectée. Il est urgent de remettre la lutte antipaludique sur les rails, en particulier dans les pays où la charge de cette maladie est la plus lourde.

4. À la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2018, le Directeur général a annoncé une nouvelle initiative audacieuse pour accélérer les progrès dans ce domaine. Afin d'y donner suite, l'OMS, avec ses partenaires et donateurs, s'est efforcée d'intensifier l'appui aux pays supportant le plus lourd fardeau. En novembre 2018, l'OMS et le Partenariat Faire reculer le paludisme ont lancé l'initiative spéciale pour une action à fort impact dans les pays à forte charge (« High burden to high impact ») dont les principes fondamentaux consistent à : stimuler la volonté politique de réduire les décès imputables au paludisme ; utiliser les informations stratégiques pour obtenir un impact ; mettre en œuvre les meilleures orientations, politiques et stratégies ; et engager une riposte nationale coordonnée.

5. La Stratégie technique mondiale demeure la stratégie globale de lutte contre le paludisme, l'initiative pour une action à fort impact dans les pays à forte charge visant pour sa part à accélérer les progrès dans les pays à forte charge et à aligner les efforts sur les cibles stratégiques.

6. **L'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme** est le premier des trois piliers de la Stratégie. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide et la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations sont les deux principales méthodes de lutte antivectorielle. En 2017, 50 % de la population d'Afrique subsaharienne était protégée par une moustiquaire imprégnée, contre 29 % en 2010 ; cependant, la couverture n'a que peu augmenté depuis 2015. Au niveau mondial, la protection par pulvérisation intradomiciliaire a reculé, passant d'un pic de 5 % en 2010 à 3 % en 2017, des baisses étant observées dans toutes les Régions de l'OMS. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 2017 la résolution WHA70.16, dans laquelle elle invite instamment les États Membres à développer la lutte antivectorielle en renforçant les capacités, en améliorant la surveillance et la coordination et en menant une action intégrée multisectorielle ciblant plusieurs maladies. Le même message est relayé dans le *projet d'action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030* de l'OMS.

7. Outre les moustiquaires et la pulvérisation résiduelle, les antipaludiques permettent aussi de prévenir le paludisme. L'OMS recommande que les femmes enceintes vivant dans des zones d'Afrique où la transmission du paludisme est faible à modérée reçoivent un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine ; d'après les estimations, dans les 33 pays africains ayant fait rapport sur les niveaux de couverture en 2017, 22 % des femmes remplissant les critères ont reçu les doses de médicaments recommandées, contre 17 % en 2015. De plus, l'OMS recommande la chimioprévention saisonnière du paludisme dans des zones de la sous-région du Sahel ; en 2017, 15,7 millions d'enfants dans 12 pays africains étaient protégés par des programmes de chimioprévention saisonnière. Cependant, plus de 13 millions d'enfants remplissant les critères n'étaient pas protégés.

8. Un diagnostic et un traitement rapides sont essentiels pour empêcher qu'un paludisme bénin dégénère en maladie grave entraînant le décès. D'après les enquêtes menées dans 30 pays africains entre 2010 et 2017, le pourcentage médian d'enfants atteints de fièvre recevant un test de diagnostic du paludisme dans le secteur public de la santé était de 59 % en 2015-2017, contre 33 % en 2010-2012. Les enfants pris médicalement en charge dans le secteur public bénéficient plus souvent de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA), les médicaments antipaludiques les plus efficaces. Cependant, seul un tiers (36 %) des enfants atteints de fièvre sont présentés à un prestataire médical du secteur public.

9. Il est donc urgent d'utiliser plus efficacement les outils actuellement disponibles afin d'obtenir un impact rapide et durable. L'initiative spéciale pour une action à fort impact dans les pays à forte charge aidera les pays à appliquer à plus grande échelle les combinaisons d'interventions appropriées au moyen de services de première ligne accessibles et économiquement abordables.

10. Le deuxième pilier de la Stratégie consiste à **accélérer les efforts vers l'élimination.** D'après le *Rapport sur le paludisme dans le monde 2018,* l'objectif intermédiaire d'élimination fixé pour 2020 devrait être atteint. En 2018, deux pays ont reçu de la certification officielle de l'élimination du paludisme par l'OMS, ayant établi que la chaîne de transmission autochtone du paludisme avait été interrompue pendant les trois années précédentes au moins. L'Algérie et l'Argentine vont demander la certification officielle en 2019.

11. Le troisième pilier stratégique consiste à **faire de la surveillance du paludisme une intervention de base.** En 2017, le Secrétariat a créé une unité de surveillance, de suivi et d'évaluation chargée de fournir des orientations et d'aider les États Membres à mettre en œuvre des systèmes de surveillance efficaces. En 2018, l'OMS a publié le document *Malaria surveillance, monitoring and evaluation : a reference manual*, une ressource utile pour les pays d'endémie palustre et les pays qui ont éliminé la maladie mais restent exposés à un rétablissement de la transmission. Le renforcement des capacités et des systèmes de surveillance dans les pays est un élément essentiel de l'initiative spéciale pour une action à fort impact dans les pays à forte charge. Les données issues de la surveillance aideront les pays à déterminer le contexte dans lequel elles évoluent et à surmonter les obstacles au renforcement de la combinaison appropriée d'interventions permettant d'obtenir un impact.

12. Le Secrétariat continue de suivre étroitement trois menaces biologiques empêchant d'endiguer et d'éliminer le paludisme : la résistance du moustique aux insecticides utilisés dans les principaux outils de lutte antivectorielle ; la résistance du parasite aux antipaludiques ; et les délétions des gènes codant pour les protéines riches en histidine 2/3 des parasites *P. falciparum* (*pfhrp2*/*pfhrp3*).

13. La résistance à au moins un insecticide chez un vecteur du paludisme dans un site de collecte a été détectée dans 68 des 80 pays d'endémie palustre ayant communiqué des données pendant la période 2010-2017. Néanmoins, les données sont rares concernant l'incidence sur la santé publique de l'augmentation signalée de la résistance aux insecticides. Afin de prévenir la perte d'efficacité des outils

de lutte antivectorielle, l'OMS a appelé tous les pays d'endémie palustre à élaborer et à appliquer des stratégies efficaces de gestion de la résistance aux insecticides. Parallèlement, elle a souligné qu'il est urgent de disposer de nouveaux outils améliorés pour combattre le paludisme au plan mondial.

14. La protection de l'efficacité des antipaludiques est une priorité absolue pour l'OMS. Des études menées entre 2010 et 2017 montrent que les taux d'efficacité globaux des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) étaient supérieurs à 95 % à l'extérieur de la sous-région du Grand Mékong. Dans cette sous-région en revanche, une résistance partielle à l'artémisinine et aux médicaments associés présents dans les CTA a été détectée dans cinq pays au cours de la décennie écoulée. Face à ce problème, les ministres de la santé de la sous-région ont adopté la Stratégie de l'OMS pour l'élimination du paludisme dans la sous-région du Grand Mékong 2015-2030, qui appelle à l'élimination de toutes les espèces de parasites du paludisme humain dans la sous-région d'ici à 2030, et prévoit plusieurs mesures prioritaires ciblant les zones abritant des parasites résistants à plusieurs médicaments. En accélérant leurs efforts pour prévenir, diagnostiquer et traiter le paludisme chez les communautés à risque, les pays de la sous-région ont réduit le nombre de cas et de décès de 75 % et 93 %, respectivement, entre 2012 et 2017.

15. Dans certains pays, l'augmentation des délétions des gènes *pfhrp2/3*, un phénomène qui entrave la détection du parasite par certains tests de diagnostic rapide, empêche les prestataires de soins de santé de diagnostiquer et de traiter correctement les sujets infectés par le paludisme à *P. falciparum*. Même si la prévalence des délétions de gènes *pfhrp2/3* reste faible dans la plupart des pays à forte transmission, il faut continuer de suivre la situation.

16. Se fondant sur un examen approfondi de ses processus d'élaboration des politiques et de diffusion, en 2018, le Secrétariat met en œuvre une initiative pour le changement en vue de fournir au moment opportun aux États Membres des orientations de qualité moyennant des processus plus transparents, cohérents, efficients, prévisibles et innovants. Cette optimisation devrait accroître l'efficience et l'impact des programmes nationaux.

B. RÉDUCTION DE LA CHARGE DU MYCÉTOME (résolution WHA69.21 (2016))

17. En mai 2016, la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA69.21 sur la réduction de la charge du mycétome. Le présent rapport décrit les progrès accomplis à ce jour à cet égard.

18. La résolution, qui met en exergue les principales mesures requises pour combattre la maladie et aborde le rôle d'un large éventail d'acteurs, a pour objectif de mieux faire connaître la maladie. Une reconnaissance accrue de la charge du mycétome devrait favoriser l'élaboration de stratégies et d'outils adaptés aux zones isolées et défavorisées où surviennent une grande partie des cas.

19. En 2016 et 2017, une enquête sur la charge du mycétome dans les pays et sur les politiques et pratiques nationales afférentes a été menée au moyen d'un questionnaire distribué par les ministères de la santé de 164 pays dans toutes les Régions de l'OMS, à l'exception de la Région européenne, où le mycétome n'est pas endémique. Le taux global de réponse était de 32 % (52/164). Les résultats ont indiqué que 20 pays (38 %) n'avaient jamais enregistré de cas de mycétome. Seuls deux de ces pays (4 %) avaient intégré le mycétome dans leur système national de surveillance. Entre 2014 et 2016, 2677 nouveaux cas de mycétome ont été notifiés au total par huit pays, le Soudan représentant à lui seul 2330 de ces cas. Bien que 26 pays (50 %) aient indiqué être en mesure de détecter et de prendre en charge les cas de mycétome, seuls 11 pays (21 %) disaient disposer d'une institution ou d'un expert reconnu travaillant sur cette maladie. Au moment de l'enquête, seul un pays était doté de lignes directrices nationales relatives au diagnostic et au traitement du mycétome, mais trois pays ont indiqué

que des documents de cette nature étaient en cours d'élaboration. Des produits de diagnostic et des médicaments pour traiter la maladie étaient disponibles dans 20 pays (38 %) et les médicaments concernés figuraient sur la liste des médicaments essentiels de 19 de ces pays (37 %).[1]

20. Dans le domaine de la coopération technique et des partenariats, l'OMS a tenu une consultation informelle sur le mycétome à Genève le 24 mars 2017 afin d'identifier les domaines d'activité prioritaires et de les communiquer aux pays touchés par la maladie et à d'autres intervenants pour qu'ils puissent prendre les mesures pertinentes. Cette consultation, qui réunissait des représentants des ministères de la santé, d'instituts universitaires, d'établissements cliniques et d'organismes de santé publique, a abouti à la formulation de recommandations sur l'épidémiologie, la prise en charge des cas, la prévention, les systèmes de santé, le suivi et l'évaluation et la recherche opérationnelle. À la suite de cette réunion, le Groupe de travail mondial sur le mycétome a été créé et s'est réuni pour la première fois le 11 janvier 2018 par audioconférence et vidéoconférence. Au sein du secrétariat et du comité d'orientation de ce groupe siègent des représentants de l'OMS, des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, du centre médical de l'Université Erasmus, de l'Université de Khartoum et de l'Université autonome de Guerrero. Le groupe, composé d'environ 50 scientifiques et responsables de la santé publique, se réunit régulièrement en personne, à l'occasion d'événements auxquels assistent ses membres, pour discuter de toutes les questions relatives au mycétome.

21. En 2016, le Gouvernement du Soudan, le pays enregistrant la plus forte charge de mycétome à l'échelle mondiale, s'est engagé à allouer des fonds internes à la lutte contre cette maladie. Des traitements antifongiques ont été gratuitement mis à la disposition de tous les patients et le mycétome a été intégré dans le plan national de lutte contre les maladies tropicales négligées en vue d'une rationalisation des actions menées et d'une meilleure mobilisation des ressources. Toutefois, des ressources mondiales et nationales accrues seront nécessaires aux fins de la détection, du diagnostic et de la prise en charge du mycétome dans les pays où la maladie est endémique.

22. Afin de renforcer les capacités nationales de lutte contre le mycétome, le Gouvernement du Soudan et l'OMS ont organisé le premier atelier international de formation sur le mycétome, qui s'est tenu à Khartoum du 10 au 14 février 2019. S'appuyant sur l'expertise du Centre de recherche de Khartoum sur le mycétome (centre collaborateur de l'OMS sur le mycétome) pour aborder les aspects cliniques et les enjeux de santé publique de la maladie, cet atelier s'adressait à environ 50 agents de santé venant de divers pays d'endémie du mycétome, l'objectif étant de favoriser un échange d'expériences et une standardisation des pratiques de diagnostic, de traitement et de surveillance.

23. Cet atelier a été suivi de la Sixième conférence internationale sur le mycétome (Khartoum, 15-17 février 2019), qui visait à accroître la visibilité de la maladie sur le plan international. Les participants à cette conférence ont adopté l'Appel à l'action sur le mycétome de Khartoum, qui appelle un large éventail d'acteurs à prendre des mesures spécifiques, notamment à évaluer et à réduire la charge du mycétome à l'échelle mondiale, à veiller à l'intégration de la maladie dans les services de santé nationaux et à garantir un accès durable aux produits de diagnostic et aux médicaments.[2]

24. En termes de développement stratégique, en 2016, le mycétome a été inclus parmi les maladies répondant aux critères requis pour bénéficier de subventions au titre du Programme de petites subventions pour la recherche opérationnelle sur les maladies infectieuses de la pauvreté, mené conjointement par le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale et le Programme spécial

[1] Résultats de l'enquête mondiale de l'OMS sur le mycétome, 2017. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2018, 93(33): 423-428, disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274016/WER9333.pdf?ua=1 (consulté le 20 février 2019).

[2] The Sixth International Conference on Mycetoma: the Khartoum Call for Action, disponible à l'adresse https://www.who.int/neglected_diseases/news/The-Khartoum-Call-for-Action.pdf?ua=1 (consulté le 20 février 2019).

UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; un soutien a été apporté au Centre de recherche sur le mycétome de Khartoum pour la réalisation de deux études opérationnelles sur le terrain, visant à élaborer un protocole permettant de quantifier et de caractériser la charge du mycétome au niveau communautaire et à définir une stratégie axée sur la décentralisation des prestations de santé pour combattre la maladie. En outre, à l'issue de nombreuses consultations avec les principaux experts mondiaux, le Centre a élaboré des modes opératoires normalisés consensuels sur la prise en charge du mycétome, ce qui constitue une première étape vers la préparation de lignes directrices approuvées par l'OMS sur la question.

25. De plus, le mycétome était l'une des maladies abordées dans le cours régional sur le renforcement des capacités de recherche opérationnelle contre les maladies tropicales (Hammamet, Tunisie, 22-24 octobre 2018), qui a été organisé par l'Institut Pasteur de Tunis avec l'appui du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale et du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, afin de promouvoir les activités de recherche susceptibles de contribuer à l'élaboration ou à l'amélioration des politiques de santé publique.

26. Le manque d'outils adaptés pour le diagnostic précoce du mycétome demeure un défi majeur, tout comme l'indisponibilité des médicaments, en particulier contre l'eumycétome. L'absence d'outils de diagnostic utilisables sur le lieu des soins et de médicaments efficaces continue de limiter considérablement les résultats de la prise en charge des cas, laquelle repose souvent sur des interventions chirurgicales lourdes et des amputations. Des études sur l'innocuité et l'efficacité du fosravuconazole dans le traitement de l'eumycétome sont actuellement en cours, sous l'égide de l'Initiative sur les Médicaments pour les maladies négligées et d'autres partenaires. Le recours à ce traitement permettrait d'écourter le protocole thérapeutique, ce qui renforcerait l'observance du traitement et économiserait des ressources financières.

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

27. En 2018, seuls trois pays ont notifié un total de 28 cas humains de dracunculose, à savoir l'Angola (un cas), le Tchad (17 cas) et le Soudan du Sud (10 cas), survenus dans 22 villages. Lorsque les efforts d'éradication ont été mis en œuvre dans les années 1980, la maladie était endémique dans 20 pays. L'Éthiopie n'a signalé aucun cas humain, tout comme le Mali depuis 2016. La réduction durable du risque de dracunculose dans de nombreuses communautés marginalisées donne lieu à des progrès socioéconomiques et en matière d'éducation pour les familles et leurs enfants.

28. La campagne mondiale d'éradication de la dracunculose repose sur des interventions axées sur les communautés et sur les pays. L'OMS, ses partenaires internationaux (le Centre Carter, l'UNICEF et le centre collaborateur de l'OMS pour l'éradication de la dracunculose aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis), ainsi que d'autres parties prenantes ont continué à travailler dur pour veiller à ce qu'un soutien soit fourni aux pays touchés pour les efforts d'éradication de la dracunculose.

29. Le Directeur général de l'OMS a prononcé un discours à l'occasion de la douzième réunion de la Commission internationale de certification de l'éradication de la dracunculose en février 2018. Sur la recommandation de la Commission, l'OMS a certifié le Kenya comme exempt de la dracunculose parmi un total de 199 autres pays, territoires et zones certifiés, dont 187 États Membres de l'OMS. Sept États Membres n'ont pas encore obtenu cette certification, à savoir l'Angola, l'Éthiopie, le Mali, la République démocratique du Congo, le Soudan, le Soudan du Sud et le Tchad. La maladie reste endémique, en Éthiopie, au Mali, au Soudan du Sud et au Tchad, tandis que l'Angola a signalé son premier cas confirmé en 2018. Le Soudan est parvenu au stade de la précertification, tandis que la République démocratique du Congo n'a pas signalé de cas depuis les années 1980. La treizième réunion de la Commission se tiendra en avril 2019 à Addis-Abeba.

30. En 2018, l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad ont maintenu une surveillance communautaire active dans 6864 villages, contre 6547 villages en 2017. Ces pays ont mené des campagnes de communication à l'échelle nationale en 2017, qui se sont poursuivies tout au long de l'année 2018. Une évaluation externe menée au Mali en 2018 n'a recensé aucun cas humain. Le Soudan a maintenu une surveillance précertification, tandis que l'Angola et la République démocratique du Congo ont effectué des recherches active des cas.

31. Aucun cas humain ou animal infecté n'a été détecté en République démocratique du Congo à la suite de recherches menées dans 24 des 26 provinces du pays.

32. En avril 2018, un cas humain a été détecté et notifié en Angola à la suite des activités de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole bénéficiant d'un soutien de l'OMS. Le cas a ensuite été confirmé par le laboratoire de référence du centre collaborateur de l'OMS au siège des Centers for Disease Control and Prevention à Atlanta. Les investigations menées ultérieurement par le Ministère de la santé ainsi que l'OMS et le Centre Carter, ont conclu que le cas était probablement dû à de petits foyers cachés de transmission autochtone. La zone écologique concernée pourrait englober des localités du nord de la Namibie ; on ignore encore s'il s'agit d'une infection animale. Les enquêtes préliminaires menées en Namibie dans les zones frontalières concernées n'ont pas fait état d'une transmission du parasite. L'OMS apporte un soutien au Ministère namibien de la santé pour une recherche de cas plus approfondie dans deux régions du nord qui ont une frontière commune avec l'Angola.

33. Tous les pays qui n'ont pas encore été certifiés ont continué d'offrir des récompenses en espèces pour la notification volontaire des cas de dracunculose en 2018, à l'exception de l'Angola, qui se prépare à introduire un tel système. Le Secrétariat envisage de mettre en place un système mondial de récompenses en espèces, en consultation avec les États Membres et les partenaires. Plus de 50 000 rumeurs de cas ont été signalées dans le monde et ont fait l'objet d'enquêtes en 2018, dont 98 % dans les 24 heures suivant la notification ; trois rumeurs ont permis de détecter des cas humains au Tchad. En 2018, la plupart des huit pays parvenus au stade de la postcertification dans lesquels la maladie était jusqu'alors endémique ont continué à soumettre des rapports trimestriels à l'OMS.

34. L'infection des chiens par *Dracunculus medinensis* reste un obstacle pour la campagne mondiale pour l'éradication de la dracunculose. En 2018, le Tchad a signalé 1040 chiens et 25 chats infectés ; l'Éthiopie a notifié 11 chiens, 5 chats et 1 babouin infectés ; le Mali a notifié 18 chiens et 2 chats infectés. Les résultats de la recherche opérationnelle indiquent que la transmission peut être interrompue au moyen d'une surveillance accrue, du confinement des cas, de l'éducation sanitaire auprès de la communauté et des propriétaires d'animaux et d'interventions de lutte antivectorielle robustes et intégrales. La recherche continue de définir les modes de transmission de la maladie et d'identifier les interventions pour faire face à la consommation de poisson par les chiens au Tchad. Une étude sur les babouins et les chiens est en cours en Éthiopie dans le but d'étudier les modes de transmission de la maladie dans les espèces et entre les espèces. Les pays dans lesquels la maladie est actuellement transmise ont pris des mesures énergiques pour accroître les interventions de lutte antivectorielle en 2018.

35. Les conflits et l'insécurité ont continué d'entraver les efforts du programme d'éradication ainsi que l'accessibilité dans certaines régions du Mali, en particulier dans les régions de Gao, Kidal, Mopti et Ségou. Les déplacements de population au Soudan du Sud ont continué de freiner la mise en œuvre du programme et à limiter l'accès aux régions où la maladie est endémique.

36. À l'occasion de la vingt-deuxième réunion internationale d'examen des administrateurs des programmes d'éradication de la dracunculose (Atlanta (GA), 21-22 mars 2018), organisée par l'OMS et le Centre Carter, les pays ont fait rapport sur la situation de leurs programmes depuis l'année précédente. La vingt-troisième réunion internationale d'examen se tiendra les 21 et 22 mars 2019 à Atlanta (Géorgie). Les pays certifiés se sont réunis à la troisième Réunion biennale d'examen des programmes

d'éradication de la dracunculose dans les pays parvenus au stade de la précertification (Ouagadougou, 24-25 juillet 2018), organisée par l'OMS, pour passer en revue leurs activités de surveillance postcertification.

37. Une réunion informelle avec les ministres de la santé des pays touchés par la dracunculose, présidée par le Directeur régional pour l'Afrique, en présence du Directeur général de l'OMS a été organisée en marge de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018. Les ministres et leurs représentants ont exprimé leur engagement continu à interrompre la transmission de la maladie le plus rapidement possible.

D. ÉLIMINER DURABLEMENT LES TROUBLES DUS À UNE CARENCE EN IODE (résolution WHA60.21 (2007))

38. Les progrès dans l'élimination des troubles dus à une carence en iode font l'objet d'un suivi depuis le début des années 1990. La situation ne cesse de s'améliorer : selon les estimations, en 2017, les apports en iode étaient insuffisants dans 19 pays seulement,[1] contre 25 pays en 2015, 32 en 2012, 47 en 2007, 54 en 2003 et 110 en 1993. Ces données s'appuient principalement sur les enfants d'âge scolaire et ne reflètent donc peut-être pas l'état nutritionnel pour l'iode des autres groupes de population. Les femmes enceintes, les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables aux conséquences sur la santé des troubles dus à la carence en iode, qui peut engendrer des altérations dans le développement du cerveau chez le fœtus, ainsi que dans le développement physique et mental du jeune enfant. D'autres enquêtes portent notamment sur l'évaluation du bilan iodé chez les femmes enceintes, mais les données restent peu abondantes. En 2017, sur 69 pays ayant communiqué des données sur les femmes enceintes, on estimait que l'apport en iode chez la femme enceinte était insuffisant dans 39 d'entre eux.[1,2]

39. Le nombre de pays dont les populations ont un apport excessif en iode (concentration urinaire médiane d'iode ≥300 µg/l) a reculé, passant de 13 en 2015 à 11 en 2017.[3] Une surveillance continue de l'excrétion urinaire d'iode est nécessaire pour ajuster les programmes d'enrichissement, car cet excès d'iode peut avoir des conséquences sanitaires négatives pour les groupes vulnérables au sein de ces pays, parmi lesquelles l'hyperthyroïdisme induit par un excès d'iode et la maladie thyroïdienne auto-immune.[4]

Stratégie de lutte

40. La stratégie privilégiée de lutte contre les troubles dus à une carence en iode reste l'iodation universelle du sel, qui requiert que tout le sel de qualité alimentaire, utilisé par les ménages et dans l'industrie alimentaire, soit enrichi en iode.[5] Une étude systématique commandée par l'OMS pour

---

[1] Global Iodine Nutrition Scorecard 2017. Zurich, Iodine Global Network, 2017 (http://www.ign.org/cm_data/IGN_Global_Scorecard_AllPop_and_PW_May20171.pdf, consulté le 5 février 2019).

[2] Base de données sur les micronutriments (en ligne). Système d'informations nutritionnelles sur les vitamines et les minéraux. Genève, Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/vmnis/database/fr/, consulté le 6 février 2019).

[3] Global Iodine Nutrition Scorecard 2017. Zurich, Iodine Global Network, 2017 (http://www.ign.org/cm_data/IGN_Global_Scorecard_AllPop_and_PW_May20171.pdf, consulté le 5 février 2019).

[4] Urinary iodine concentrations for determining iodine status in populations. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85972/1/WHO_NMH_NHD_EPG_13.1_eng.pdf?ua=1, consulté le 13 mars 2019).

[5] *Guideline: fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136908/9789241507929_eng.pdf;sequence=1, consulté le 20 février 2019).

évaluer les effets de l'enrichissement d'aliments, de boissons, de condiments ou d'assaisonnements autres que le sel, par l'iode seul ou en association avec d'autres micronutriments, sur le bilan iodé et sur les résultats liés à la santé dans toutes les populations confirme que les données probantes concernant l'efficacité des autres vecteurs alimentaires sont très rares.[1] Les stratégies de réduction de la consommation de sel et d'iodation du sel sont compatibles, mais il faut contrôler à la fois l'apport en sel/sodium et l'apport en iode au niveau national pour garantir une consommation individuelle suffisante d'iode malgré les réductions de l'apport en sel. La concentration en iode ajoutée au sel doit être ajustée par chaque pays à la lumière de ses propres données concernant l'apport alimentaire de sel. Près de 80 % (118) des 148 pays ayant répondu au module sur l'enrichissement en iode de l'examen mondial OMS des politiques nutritionnelles 2016-2017[2] disposaient d'un programme d'iodation du sel, contre 71 % lors du premier examen mené en 2009-2010. La législation sur l'iodation du sel était obligatoire dans 81 % de ces 118 pays. On estime en outre que 86 % des ménages du monde entier ont accès au sel de table iodé (2011-2016),[3] contre 75 % pour la période précédente (2009-2013).

41. La supplémentation en iode est également une option pour lutter contre les troubles dus à une carence en iode, en particulier dans les groupes vulnérables comme les femmes enceintes et les jeunes enfants vivant dans des communautés à haut risque peu susceptibles d'avoir accès à du sel iodé. Elle peut également servir de stratégie temporaire lorsque l'iodation du sel n'est pas suffisamment appliquée. Une étude systématique actualisée sur les effets de la supplémentation en iode pour les femmes au cours de la période précédant la conception, de la grossesse et de la période post-partum a été publiée en 2017.[4] Toutefois, les données ont été jugées insuffisantes pour tirer des conclusions significatives sur les avantages et les inconvénients d'une supplémentation systématique en iode chez les femmes avant, pendant ou après la grossesse. D'après l'examen mondial OMS des politiques nutritionnelles 2016-2017, l'iode était présent dans les programmes de supplémentation en vitamines et minéraux destinés aux femmes enceintes de 15 % (21 pays sur 140) des pays mettant en œuvre ce type de programmes, et de 8 % (9 pays sur 107) de ceux mettant en œuvre ce type de programmes pour les enfants.

42. Le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre les troubles dus à une carence en iode sont essentiels pour que les interventions soient efficaces, sûres et équitables.

E. PRÉVENTION DE LA SURDITÉ ET DE LA DÉFICIENCE AUDITIVE (résolution WHA70.13 (2017))

43. En mai 2017, la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA70.13 sur la prévention de la surdité et de la déficience auditive priant le Directeur général : d'établir un rapport mondial sur les soins auriculaires et auditifs ; d'élaborer un ensemble d'outils, ainsi que de fournir l'assistance technique nécessaire aux États Membres pour collecter des données et

[1] Santos J. A. R., Land M.-A., Christoforou A., Trieu K., McKenzie B. L., Downs S., Billot L., Neal B., Webster J., Li M. Iodine fortification of foods and condiments, other than salt, for preventing iodine deficiency disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 2. Art. No.: CD010734. DOI: 10.1002/14651858.CD010734.pub2 (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010734.pub2/full?, consulté le 20 février 2019)

[2] *Global nutrition policy review 2016–2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275990/9789241514873-eng.pdf?ua=1, consulté le 20 février 2019).

[3] *La situation des enfants dans le monde 2017 : Les enfants dans un monde numérique*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2017 (https://www.unicef.org/french/publications/index_101992.html, consulté le 5 février 2019).

[4] Harding K. B., Peña-Rosas J. P., Webster A.C., Yap C. M., Payne B. A., Ota E., De-Regil L. M. Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy and postpartum period. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD011761. doi: 10.1002/14651858.CD011761.pub2 (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011761.pub2/full#CD011761-abs-0004, consulté le 20 février 2019).

planifier des stratégies nationales pour les soins auriculaires et auditifs ; d'intensifier la collaboration dans le but de réduire le nombre de cas de déficience auditive due à l'exposition récréative au bruit ; et d'entreprendre des activités de sensibilisation à l'occasion de la Journée mondiale de l'audition, célébrée le 3 mars de chaque année.

44. Conformément à cette résolution, le Secrétariat a entrepris les activités essentielles suivantes :

45. **Rapport mondial sur l'audition.** Le Rapport mondial sur l'audition est en cours d'élaboration et devrait être lancé le 3 mars 2020. Le Secrétariat travaille avec des experts pour examiner la littérature, rédiger des documents de référence, analyser les données disponibles et identifier les interventions prioritaires. Des consultations sont organisées avec les États Membres dans différentes Régions pour avoir leur avis sur le projet de contenu et en préparer la diffusion.

46. **Ensemble d'outils pour les soins auriculaires et auditifs.** L'OMS a publié un certain nombre d'outils dont *Soins de l'oreille et de l'audition : outil d'analyse de la situation*, *Manuel de planification et de suivi des stratégies nationales pour les soins de l'oreille et de l'audition* et *Preferred profile for hearing-aid technology suitable for low- and middle-income countries* (Profil préférable pour les aides auditives convenant aux pays à revenu faible ou intermédiaire, en anglais seulement). D'autres outils, comme des indicateurs pour les soins auriculaires et auditifs, un manuel d'enquête sur l'oreille et l'audition et des ressources pour la formation des agents de soins de santé primaires sont en cours d'élaboration et seront finalisés en 2019-2020. Au moins deux pays dans chaque Région ont commencé à utiliser ces outils avec l'aide du Secrétariat.

47. **Assistance technique aux pays.** Le Secrétariat a fourni aux États Membres une assistance technique pour l'élaboration et l'application de stratégies nationales sur les soins de l'audition, pour mener des programmes de formation et des enquêtes de prévalence, ainsi que pour planifier des dépistages. Au cours des deux dernières années, le Secrétariat a collaboré avec des pays dans toutes les Régions, à savoir la Chine, l'Inde, le Kenya, le Nigéria, le Pakistan, le Panama, les Philippines et le Tadjikistan.

48. **Collaboration avec les parties prenantes.** L'OMS a mis en place le Forum mondial de l'audition (*World Hearing Forum*), un réseau mondial de parties prenantes travaillant dans le domaine des soins de l'audition. Il a pour objectif de sensibiliser à la prévention, à l'identification et à la prise en charge des déficiences auditives. La première assemblée des membres du Forum se tiendra les 4 et 5 décembre 2019.

49. **Mesures pour réduire le nombre des cas de déficience auditive due à l'exposition récréative au bruit.** L'OMS a lancé l'initiative Écouter sans risque, le but étant de réduire la charge croissante des déficiences auditives évitables et dues à l'écoute de sons trop forts. En collaboration avec l'Union internationale des télécommunications (UIT), le Secrétariat élabore une norme mondiale pour les appareils audio personnels afin de faire baisser le nombre des cas de déficience auditive parmi les utilisateurs de ces appareils, comme les smartphones et les lecteurs MP3. Pour l'avenir, les plans prévoient l'élaboration d'un cadre réglementaire afin de promouvoir l'écoute sans risque dans les lieux de loisir.

50. **Journée mondiale de l'audition.** En préparation du 3 mars chaque année, l'OMS élabore et promeut des messages et des matériels fondés sur des bases factuelles pour sensibiliser à la déficience auditive et favoriser les soins de l'audition. En 2018, la Journée mondiale de l'audition a eu pour thème « Soyons à l'écoute de l'avenir » et de nouvelles données sur la prévalence des déficiences auditives avec des projections pour l'avenir ont été publiées. En 2019, le thème de cette journée était « Vérifiez votre audition » et l'OMS a lancé une application pour tester l'audition, « HearWHO app », pouvant être téléchargée et utilisée gratuitement. À ces deux occasions, le Secrétariat a appuyé des activités de sensibilisation dans plus d'une soixantaine de pays.

51. Le Secrétariat continuera de soutenir les États Membres dans leurs efforts pour prévenir, identifier et combattre la déficience auditive en intégrant les soins de l'oreille et de l'audition dans leurs systèmes de santé nationaux.

F. 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))

52. Ce rapport de situation présente les avancées enregistrées pendant la période 2017-2018 en matière de mise en œuvre de la résolution WHA60.25, qui est devenue la pierre angulaire des activités permettant de renforcer l'action de l'OMS visant à progresser vers les cibles des objectifs de développement durable liées à la santé et à l'égalité, et à les atteindre.

Progrès accomplis par les pays

53. En 2017, 71 pays (contre 63 en 2015) menaient au moins deux activités appuyées par l'OMS visant à intégrer l'équité, les questions de genre et les droits humains dans leurs politiques et programmes de santé.

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

54. Le Secrétariat a répondu aux demandes d'États Membres souhaitant obtenir un soutien technique pour la mise en œuvre de la résolution, notamment une assistance technique et un renforcement des capacités pour la ventilation des données et le suivi des inégalités en santé. Par exemple, l'OMS a dispensé une formation sur le suivi des inégalités en santé dans cinq pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et a publié un manuel sur le suivi des inégalités en santé à l'échelle nationale.[1]

55. En 2018, la base de données Health Equity Monitor de l'OMS contenait des données ventilées provenant de 111 pays (contre 102 en 2016) pour plus de 30 indicateurs liés à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le Health Equity Assessment Toolkit Plus a été publié en 2017, permettant aux utilisateurs de réaliser des évaluations des inégalités en santé en utilisant leurs propres données.

56. L'OMS utilise de plus en plus des données ventilées par sexe et d'autres facteurs de stratification relatifs à l'équité, et elle inclut une analyse des spécificités de chaque sexe dans ses documents d'information. Dans la Région du Pacifique occidental, l'analyse et l'utilisation de données ventilées s'inscrivent dans le cadre régional de suivi portant sur la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est publie des rapports annuels afin de contrôler et de suivre les avancées vers les cibles sanitaires, en mettant en lumière les domaines où existent des inégalités.

[1] National health inequity monitoring: a step-by-step manual (https://www.who.int/gho/health_equity/manual/en/).

Renforcement des capacités des États Membres et du Secrétariat

57. Les pays ont pu consulter des orientations techniques et disposer d'un appui afin de renforcer leur capacité à intégrer les questions de genre dans la santé publique.

- Pour éclairer les mesures à prendre afin d'améliorer la santé et le bien-être des hommes tout en veillant à l'égalité entre les hommes et les femmes, les pays de la Région européenne ont adopté la toute première stratégie régionale pour la santé et le bien-être de l'homme.

- L'OMS a dirigé un projet de manuel portant sur la réalisation d'une évaluation des obstacles aux services de santé destinés aux adolescents, centrée sur les adolescents défavorisés au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie, et elle a publié un manuel de l'animateur pour l'approche Innov8 qui passe en revue les programmes sanitaires nationaux afin de ne laisser personne de côté.[1]

- Le Bureau régional du Pacifique occidental a élaboré le premier rapport régional sur la façon de faire progresser la santé en veillant à l'équité, aux questions de genre et aux droits humains ; ce rapport a été débattu par la soixante-huitième session du Comité régional en 2017.

- Le Bureau régional de l'Afrique a mis en place un groupe de travail interne chargé d'intégrer l'équité, les questions de genre et les droits humains dans les activités.

- Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a élaboré des fiches techniques portant sur les écarts en matière d'équité en ce qui concerne la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les 11 pays afin d'accompagner la mise en place de stratégies nationales. Il a également organisé une réunion de haut niveau sur la refonte des stratégies d'intervention au sein des populations principalement touchées par le VIH, en se concentrant sur les interventions dans des populations comme les prostituées, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues injectables.

58. Toutes les régions ont renforcé les capacités du personnel à intégrer l'équité, les questions de genre et les droits humains dans les programmes de l'OMS à l'échelle des bureaux de pays et des bureaux régionaux. Dans le Bureau de pays de la Sierra Leone, par exemple, 30 membres du personnel ont été formés pour intégrer les questions de genre et garantir l'équité et le respect des droits dans la prestation des services de santé. Dans la Région de la Méditerranée orientale, une formation a été organisée à l'intention du personnel au sujet des réponses sanitaires à la violence sexiste dans les situations d'urgence.

59. En 2017, l'OMS a élaboré une trousse d'appui aux pays sur l'équité, les questions de genre et les droits humains pouvant servir dans les systèmes d'information sanitaire, dans les politiques et stratégies sanitaires nationales, ainsi que dans les programmes nationaux de santé.[2]

[1] http://www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-facilitators-manual/en/.

[2] https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/country-support-package-lnb-to-uhc.pdf?ua=1.

Intégration des questions de genre dans la gestion et les secteurs de programme de l'OMS, et mise en place d'un système de responsabilisation

60. Deux évaluations ont été menées afin de déterminer l'intégration de l'équité, des questions de genre et des droits humains dans les programmes de l'OMS. Les résultats des évaluations ont permis de fixer le point de départ pertinent et les cibles pour le budget programme pour l'exercice 2018-2019.

61. Le Secrétariat élabore actuellement des critères pratiques, mesurables et obligatoires afin de s'assurer que les politiques et les programmes de santé soient fondés sur l'équité, les questions de genre et les droits humains aux trois niveaux de l'Organisation. Les critères ont été inscrits au projet de budget programme pour l'exercice 2020-2021 dans le cadre du produit 4.2.6 (Intégration progressive et suivi de l'approche selon laquelle « personne ne doit être laissé de côté » fondée sur l'équité, le genre et les droits humains).

62. Le treizième programme général de travail considère l'intégration de l'équité, des questions de genre et des droits humains comme un changement de paradigme de l'Organisation. Une conseillère pour la jeunesse et les questions de genre a été nommée auprès du Directeur général.

63. En 2017, l'OMS et les autres organismes des Nations Unies ont publié une déclaration conjointe des Nations Unies intitulée « Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins », qui condamne la discrimination fondée sur le sexe, l'orientation et l'identité sexuelle.[1]

64. Le système de gestion et de développement des services du personnel de l'OMS a été remanié en septembre 2018 pour tenir compte des critères du genre et de la diversité dans l'octroi de récompenses au mérite, afin de reconnaître les contributions exceptionnelles aux objectifs de l'OMS en matière de genre et de diversité.

65. Le Secrétariat a la charge et la responsabilité de respecter les exigences du cadre de responsabilisation de la deuxième version du Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-SWAP 2.0), notamment en atteignant les cibles sur l'égalité grâce à la politique de l'OMS pour l'égalité entre les hommes et les femmes au sein du personnel.

66. En juillet 2018, les femmes étaient aussi représentées que les hommes parmi les agents des services généraux (46,17 % d'hommes et 53,93 % de femmes). Les femmes représentaient 44,7 % des membres du personnel titulaires d'un engagement de longue durée dans les catégories professionnelle et de rang supérieur, soit une augmentation d'un point de pourcentage depuis juillet 2017 (43,7 %). Le nombre de femmes occupant des postes de classe P.4 et au-delà a également augmenté de 1,4 % sur la même période. En juillet 2018, les femmes représentaient 35 % des membres du personnel dans les classes D.1 et D.2, soit une hausse de 5 % depuis juillet 2017. La proportion de femmes était de 56,5 % au niveau hors classe. En juillet 2018, 33 % des bureaux de pays étaient dirigés par des femmes.

67. En 2017, la méthode d'examen de l'équité, des questions de genre et des droits humains dans les travaux du Bureau des services de contrôle interne a été révisée en consultation avec le Secrétariat.

[1] https://www.who.int/fr/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings/.

G. RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ DANS L'APPROCHE STRATÉGIQUE DE LA GESTION INTERNATIONALE DES PRODUITS CHIMIQUES, DANS LA PERSPECTIVE DE L'OBJECTIF FIXÉ POUR 2020 ET AU-DELÀ (décision WHA70(23) (2017))

68. En mai 2017, la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a choisi dans sa décision WHA70(23) d'approuver la feuille de route pour accroître la participation du secteur de la santé au sein de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà. Pendant les délibérations de l'Assemblée de la Santé, le Secrétariat a également été prié de faire régulièrement le point sur les avancées mondiales obtenues en vue de l'application de la Convention de Minamata, dont l'adoption a été saluée par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA67.11 (2014), dans le cadre des rapports relatifs à l'Approche stratégique.[1] En rendant compte de l'application de la décision WHA70(23), le présent rapport répond également à cette demande.

69. Comme cela était prévu dans la feuille de route, le réseau mondial OMS sur les produits chimiques et la santé a été créé afin de faciliter l'application de la feuille de route. Lors de sa première réunion, qui s'est tenue à Genève (Suisse) du 6 au 8 novembre 2018, les difficultés communes, les réussites et les possibilités de collaboration dans l'application de la feuille de route ont été déterminées ; les conséquences sanitaires des produits chimiques et l'importance de la participation des ministères de la santé à la gestion des produits chimiques à l'échelle nationale, régionale et mondiale ont été soulignées ; et des points de vue ont été échangés sur le rôle du secteur de la santé dans les discussions internationales sur les produits chimiques. Il a été recommandé d'organiser une deuxième réunion en 2020 afin de finaliser les plans à appliquer après cette date.

70. Depuis mai 2017, le Secrétariat a créé des outils visant à appuyer l'application de la feuille de route, notamment une brochure et un manuel de travail.[2] Ce manuel a été élaboré en consultation avec les membres du réseau, notamment à l'occasion d'un atelier organisé à Genève (Suisse) les 25 et 26 octobre 2017, afin de faire en sorte que le manuel soit facile d'utilisation et utile pour l'établissement des priorités nationales.

71. Le travail technique mené par le Secrétariat pour appliquer les activités de la feuille de route comprend la publication des dernières estimations de la charge de morbidité imputable aux produits chimiques. En 2016, le nombre de décès dus à l'exposition à certains produits chimiques est estimé à 1,6 million.[3] On ne dispose cependant d'informations que pour l'exposition à quelques produits chimiques, alors que les gens sont exposés à bien davantage de produits chimiques au quotidien. Les empoisonnements accidentels (indicateur 3.9.3 des objectifs de développement durable) causent plus de 100 000 décès chaque année,[4] mais seuls 46 % des pays étaient dotés d'un centre antipoison en 2017.[5]

---

[1] Voir le document WHA70/2017/REC/3, procès-verbal de la quatorzième séance, section 2 (en anglais seulement).

[2] Feuille de route pour les produits chimiques : Manuel de travail. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018. La brochure et le manuel de travail existent en six langues (https://www.who.int/ipcs/saicm/roadmap/en/, consulté le 24 janvier 2019).

[3] Public health impact of chemicals: knowns and unknowns – Data addendum for 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279001/WHO-CED-PHE-EPE-18.09-eng.pdf?ua=1, consulté le 8 février 2019).

[4] Mortality from unintentional poisoning. In: Global Health Observatory (http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-9-viz-3?lang=en, consulté le 8 février 2019).

[5] World directory of poison centres (as of September 2017). In: Global Health Observatory (https://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/poisons_centres/en/.

72. Lutter contre l'exposition au plomb permettrait d'éviter un nombre considérable de décès et d'incapacités ; néanmoins, seuls 71 pays ont confirmé qu'ils avaient mis en place des contrôles juridiquement contraignants sur la peinture au plomb.[1] Le Secrétariat travaille avec le PNUE dans le cadre d'un projet financé par le Fonds pour l'environnement mondial afin d'appuyer l'instauration de contrôles dans 40 pays supplémentaires. En outre, l'OMS a publié un rapport visant à informer les décideurs de la nécessiter de contrôler le recyclage des batteries au plomb usagées, qui peuvent être la cause d'une exposition grave des personnes au plomb.[2]

73. D'autres documents ont été élaborés afin d'appuyer la mise en œuvre de la résolution WHA67.11 (2014) sur les conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure. Une brochure a été publiée au sujet de la participation du secteur de la santé dans la Convention de Minamata sur le mercure ; elle résume les résultats des ateliers régionaux de l'OMS pour les ministres de la santé.[3] En outre, une analyse commandée par l'OMS des marqueurs biologiques du mercure dans les populations humaines[4] a établi une référence mondiale pour l'exposition humaine au mercure et a identifié les populations vulnérables et les régions pour lesquelles les données sont incomplètes. Un certain nombre de pays en développement ont été accompagnés pour la collecte de leurs propres données de surveillance biologique. Un document d'orientation sur la planification stratégique pour la mise en œuvre des articles de la Convention en lien avec la santé est en cours d'élaboration.

74. Un document d'orientation sur les déversements de produits chimiques dus à des catastrophes naturelles, notamment à des séismes, des inondations et des cyclones, a été publié.[5] L'intensité, la fréquence et les conséquences de ces catastrophes sont en augmentation, en particulier à cause du changement climatique. Dans le cadre de ses activités, le réseau OMS d'évaluation des risques chimiques, composé de plus de 90 institutions, s'occupe de travail normatif et de renforcement des capacités.

75. Le Secrétariat a apporté son soutien aux États Membres en ce qui a trait à leurs contributions à l'Approche stratégique et au processus intersessions afin de préparer des recommandations pour l'après 2020. Pour ce faire, il a aidé les ministères de la santé à assister aux réunions afin que les points de vue du secteur de la santé soient entendus, il a réuni le secteur de la santé en marge de ces manifestations et il a organisé des débats d'experts.

76. Il reste beaucoup à faire, notamment en mettant au point de meilleures méthodes pour estimer les conséquences des produits chimiques sur la santé, comme cela est demandé dans la feuille de route et au paragraphe 2.4) de la résolution WHA69.4 (2016) afin d'éclairer l'établissement des priorités à l'échelle nationale, régionale et internationale. Le Secrétariat fera un nouveau rapport sur les avancées à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé.

---

[1] WHO member states with legally-binding controls on lead paint, as of 30 September 2018. In: Global Health Observatory (https://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/lead_paint_regulations/en/, consulté le 8 février 2019).

[2] Recyclage des batteries au plomb usagées : Note d'information pour le secteur de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2017 (https://www.who.int/ipcs/publications/ulab/en/, consulté le 8 février 2019). Disponible en six langues.

[3] Participation du secteur de la santé dans la Convention de Minamata sur le mercure. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/publication/en/, consulté le 8 février 2019). Disponible en six langues.

[4] Basu N., Horvat M., Evers D. C., Zastenskaya I., Weihe P., Tempowski J. A state-of-the-science review of mercury biomarkers in human populations worldwide between 2000 and 2018. In: Environ Health Perspect. 2018 Oct ;126(10):106001. doi: 10.1289/EHP3904 (https://ehp.niehs.nih.gov/doi/full/10.1289/EHP3904, consulté le 8 février 2019).

[5] Chemical releases caused by natural hazard events and disasters – information for public health authorities. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://www.who.int/ipcs/publications/natech/en/, consulté le 8 février 2019). Versions linguistiques en cours d'élaboration.

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

77. Ce rapport décrit les activités entreprises par le Secrétariat en réponse à la résolution WHA67.20 (2014) depuis le dernier rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017.

78. **Renforcement des systèmes de réglementation.** Les travaux sur un outil mondial de référence unifié pour l'évaluation des programmes de réglementation des médicaments et des vaccins ont été achevés à l'issue d'un vaste processus de consultation. Cet outil servira à identifier les autorités de réglementation qui peuvent être désignées publiquement comme autorités reconnues par l'OMS. L'inscription de ces autorités sur une liste est un moyen transparent d'accroître la reconnaissance de la conformité aux normes internationalement reconnues, ce qui favorise la confiance, élargit le cercle des autorités contribuant à l'offre de produits médicaux de qualité garantie et améliore l'efficacité du processus de préqualification.

79. L'OMS a également continué de mettre en œuvre des approches innovantes et efficaces pour le renforcement des systèmes de réglementation en collaboration avec des organismes partenaires, en créant des centres d'excellence et en mettant au point des outils de fixation des priorités, de suivi et d'évaluation.

80. **Normes et critères.** Les comités d'experts de l'OMS ont approuvé des orientations concernant :

- la qualité, l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre le virus Ebola ;
- les produits biothérapeutiques, y compris une actualisation de la ligne directrice de 2009 sur les produits biothérapeutiques similaires ;
- l'analyse et le classement ultérieur des médicaments falsifiés « suspects » ;
- les bonnes pratiques de fabrication ; et
- la dispense des exigences en matière de bioéquivalence *in vivo* pour les médicaments inclus dans la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels (liste des dérogations à l'évaluation de la bioéquivalence – *biowaivers)*.

81. L'OMS a également élaboré :

- des orientations sur les bonnes pratiques de recours ;
- un projet d'orientations sur les systèmes de gestion de la qualité à l'intention des autorités nationales de réglementation ;
- un projet de programme pour promouvoir l'accès universel à du sang et à des produits sanguins de qualité et sans risque sanitaire ;
- des propositions pour moderniser le système de certification de l'OMS pour les produits pharmaceutiques ;
- une déclaration interinstitutions sur la production locale de produits sanitaires de qualité garantie.

82. L'utilisation des normes et critères de l'OMS est encouragée par le biais d'ateliers de mise en œuvre, de missions d'évaluation comparative et de partenariats avec d'autres organisations internationales de normalisation.

83. **Participation et coordination à tous les niveaux de l'Organisation.** Le renforcement des systèmes de réglementation est considéré comme faisant partie intégrante de l'amélioration de l'accès à des produits médicaux sûrs, efficaces et de qualité garantie. Il est appuyé à tous les niveaux de l'Organisation au titre du résultat 1.3 du budget programme 2020-2021.

84. **Programme de préqualification.** Un nouveau dispositif de financement a été introduit pour assurer la viabilité financière et la qualité du programme OMS de préqualification. Une procédure d'enregistrement collaborative permet d'accélérer l'enregistrement des médicaments préqualifiés au niveau national. Une procédure est également en place pour les vaccins et des travaux sont en cours concernant les outils diagnostiques. L'année 2016 a marqué la fin du système OMS d'évaluation des pesticides, la préqualification ayant été étendue aux produits de lutte antivectorielle.

85. **Réseaux de réglementation.** L'OMS a étendu son appui technique :

- à l'Initiative d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique ;
- à la formation d'une coalition régionale pour maximiser l'impact de la collaboration entre les partenaires du développement par le biais du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique ;
- à la formation de groupes de travail techniques panafricains, qui constituent une base solide pour la création d'une future agence africaine des médicaments ;
- au Forum africain pour la réglementation des vaccins, qui continue de jouer un rôle déterminant dans la promotion du développement de produits et la réponse aux urgences de santé publique ;
- au groupe d'évaluation conjointe de l'ASEAN pour mener à bien les évaluations des médicaments prioritaires ; et
- au réseau mondial de laboratoires de contrôle des vaccins afin qu'il étoffe ses effectifs et poursuive ses travaux en vue de promouvoir les meilleures pratiques et l'efficacité dans la mise en circulation des lots de vaccins préqualifiés de l'OMS.

86. **Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique.** Les recommandations de la Dix-Huitième Conférence internationale des autorités de réglementation pharmaceutique ont contribué au programme sur les politiques de réglementation, soulignant l'importance d'une surveillance intelligente de l'innocuité tout au long du cycle de vie des produits, d'un investissement dans le renforcement du système de réglementation et de la confiance dans la disponibilité accrue des produits médicaux essentiels de qualité garantie.

87. **Coordination avec le dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés.** Le Secrétariat continue de travailler en étroite collaboration avec le dispositif des États Membres, qui a convenu par consensus de définitions de travail dans ce domaine ; a commandé une étude sur l'impact sanitaire et socioéconomique des produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés ; a élaboré du matériel pédagogique et de formation ; et a défini des critères pour évaluer les risques d'incident.

88. Des indicateurs spécifiques relatifs aux produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés ont été inclus dans l'outil mondial de référence, et des points focaux réglementaires dans 170 États membres ont été formés aux techniques de prévention, de détection et d'action.

89. Des systèmes de réglementation qui fonctionnent bien sont indispensables à l'accès à des produits médicaux sûrs, efficaces et de qualité garantie. Veiller à ce que tous les pays disposent d'un tel système exigera des efforts continus et de long terme.

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

90. 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

91. Trente médicaments supplémentaires pour adultes et 25 médicaments supplémentaires pour enfants ont été inscrits sur la 20e Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, dont deux traitements oraux de la leucémie, un comprimé pour le traitement de l'hépatite C associant deux médicaments afin d'obtenir des taux plus élevés de guérison, un nouveau médicament contre l'infection à VIH ainsi que des médicaments qui permettent de prévenir l'infection à VIH chez les personnes à haut risque, de nouvelles formulations pédiatriques de médicaments antituberculeux, deux analgésiques destinés aux personnes atteintes de cancer et de nouveaux contraceptifs pour la planification familiale. La Liste modèle propose également de nouvelles indications pour neuf produits déjà inscrits.

92. La Liste donne des conseils sur les antibiotiques à utiliser pour les infections les plus courantes ou les plus graves et sur ceux qu'il faut réserver aux patients les plus gravement atteints. En outre, elle classe les antibiotiques en trois catégories – antibiotiques dont l'accessibilité est essentielle (« accès »), antibiotiques à utiliser sélectivement (« précaution ») et antibiotiques de réserve (« dernier recours »), afin d'en optimiser l'usage et de réduire la résistance sans restreindre l'accès. Ce classement sert à orienter les mesures de gestion, comme l'établissement ou la mise à jour de listes nationales de médicaments essentiels et de directives thérapeutiques normalisées, le suivi de la consommation d'antibiotiques et la définition de cibles pour améliorer l'usage des antibiotiques ainsi que l'accès aux antibiotiques aux niveaux local, national et mondial. Ces catégories ont été vite et très bien adoptées et utilisées pour contrôler l'usage des antibiotiques, ce qui a contribué à la définition d'un indice d'accès pour tous les pays.

Usage responsable des antimicrobiens

Surveillance de l'usage des antibiotiques

93. Le Secrétariat dirige les travaux de surveillance de la consommation et de l'usage des médicaments antimicrobiens. Une méthodologie de l'OMS pour la surveillance de la consommation d'antimicrobiens a été élaborée et mise en œuvre dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire. Le premier rapport mondial sur la surveillance de la consommation d'antibiotiques, publié en novembre 2018, contient des données de 65 États Membres et zones, présentées suivant les catégories « accès », « précaution », « dernier recours », notamment.[1] En 2019, le contrôle de la consommation d'antimicrobiens dans le monde sera inclus dans le Système informatique mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens afin de rendre accessibles les données relatives à la consommation d'antimicrobiens et à la résistance aux antimicrobiens. En outre, l'OMS met actuellement au point, à l'intention des hôpitaux, des orientations sur la surveillance de la consommation d'antibiotiques pour faciliter le suivi systématique de la consommation d'antibiotiques dans ces établissements.

94. Un protocole pour l'enquête de l'OMS sur la prévalence ponctuelle de l'usage d'antibiotiques en milieu hospitalier a été publié en ligne en janvier 2019.[2] Il est prévu de réaliser cette enquête dans plusieurs pays, en commençant par ceux de la Région africaine. Pour faciliter l'enquête, un système informatique de saisie des données et d'établissement de rapports est en cours de mise au point. Les données obtenues à l'aide du protocole de l'OMS seront comparables à celles d'autres enquêtes de prévalence ponctuelle. Les enquêtes peuvent s'appuyer sur les catégories « accès », « précaution » et « dernier recours » et être utilisées pour les programmes de gestion des antimicrobiens en milieu hospitalier.

Gestion des antimicrobiens

95. L'OMS a mis au point des documents de sensibilisation afin d'optimiser l'usage des antimicrobiens, notamment d'importants messages sur l'usage des antibiotiques à l'intention des décideurs, des prescripteurs et du grand public,[3] une vidéo[4] et des affiches montrant l'importance d'utiliser des antibiotiques efficaces. En outre, l'Organisation offre un appui technique aux pays pour qu'ils créent ou renforcent des programmes de gestion des antimicrobiens en milieu hospitalier suivant une approche intégrée liée à la mise en œuvre des catégories « accès », « précaution » et « dernier recours » et à la surveillance de la consommation et de l'usage d'antimicrobiens, en vue de renforcer les systèmes de santé. Un ensemble d'outils à l'état de projet est actuellement finalisé pour faciliter la mise en œuvre des programmes de gestion des antimicrobiens en milieu hospitalier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Cet ensemble d'outils comprendra des orientations sur les structures, telles que le leadership ; la manière de planifier, d'exécuter et d'évaluer la mise en œuvre d'interventions pour favoriser un usage approprié des antibiotiques ; et l'éducation et la formation, y compris une compilation des ressources de cyberapprentissage pour la surveillance des antimicrobiens.

---

[1] *WHO report on surveillance of antibiotic consumption: 2016-2018 early implementation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/who-amr-amc-report-20181109.pdf?ua=1, consulté le 29 janvier 2019).

[2] WHO methodology for point prevalence survey on antibiotic use in hospitals. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280063/WHO-EMP-IAU-2018.01-eng.pdf?ua=1, consulté le 26 février 2019).

[3] Key messages on antibiotics use. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://www.who.int/medicines/access/antimicrobial_resistance/Key_messages-Stewardship.pdf?ua=1, consulté le 29 janvier 2019).

[4] Amala's story: how to prevent antimicrobial resistance [video]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://www.youtube.com/watch?v=Y9WEERSh5G0, consulté le 29 janvier 2019).

96. La Liste modèle de l'OMS sera actualisée en 2019 et un nouveau classement des antibiotiques dans les catégories « accès », « précaution » et « dernier recours » sera proposé. On procèdera notamment à l'évaluation et au classement de tous les nouveaux antibiotiques récemment homologués. De nouvelles recommandations sur la posologie et la durée optimales des traitements antibiotiques seront publiées en même temps que la liste actualisée.

97. L'OMS mettra également au point, à l'intention des décideurs, un manuel sur le classement des antibiotiques dans les catégories « accès », « précaution » et « dernier recours » pour que celui-ci soit plus largement adopté au niveau des pays.

Progrès accomplis dans les Régions et les pays

98. En 2018, plus des trois quarts des pays de la Région africaine ont soutenu la promotion de la distribution, de la prescription et de l'utilisation rationnelles des médicaments et des autres technologies sanitaires en vue d'accroître la couverture sanitaire universelle.[1]

99. Dans la Région européenne, le Programme pour les technologies sanitaires et les produits pharmaceutiques a contribué à renforcer les systèmes du secteur pharmaceutique des pays en abordant plusieurs sujets relatifs à la sélection et à l'usage responsable des médicaments en donnant des conseils techniques à cet égard dans son rapport annuel de 2017.[2] Le Bureau régional de l'Europe collabore avec le Siège de l'OMS pour soutenir directement les pays en organisant des formations pour les professionnels de la santé et les parties prenantes en vue d'améliorer les prescriptions. En outre, il aide à repérer les stratégies qui permettent d'améliorer l'usage des médicaments à l'aide de comités pharmaceutiques et thérapeutiques, de formulaires et de lignes directrices cliniques, de retours d'informations sur les données relatives à l'usage des médicaments et de politiques pour la promotion des médicaments. En février 2019, les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est se sont réunis pour examiner des initiatives nationales et régionales destinées à optimiser l'usage des médicaments en mettant l'accent sur la gestion des antimicrobiens, qui seraient mises en œuvre selon une approche intégrée, liée aux catégories « accès », « précaution », « dernier recours » et à la surveillance de la consommation et de l'usage des antimicrobiens, en vue de renforcer les systèmes de santé. Les pays et les Régions bénéficieront d'un appui technique supplémentaire.

Les prochaines étapes

100. Outre les initiatives décrites ci-dessus, des efforts supplémentaires doivent être déployés pour favoriser l'usage rationnel des médicaments, y compris dans le cadre d'une mise en œuvre plus solide et plus ciblée des lignes directrices, au moyen de politiques et de plans nationaux intégrant les normes et critères de l'OMS dans les initiatives régionales et en investissant suffisamment dans les ressources humaines et financières, comme il est préconisé dans la résolution WHA60.16 (2007).

---

[1] Budget programme 2020-2021 destiné aux consultations des comités régionaux. Brazzaville, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2018 (AFR/RC68/13), para. 35 et annexe 4, p. 26 (https://afro.who.int/sites/default/files/2018-08/AFR-RC68-13%20Projet%20de%20budget%20programme%20de%20haut%20niveau%20pour%20l%27exercice%202020-2021.pdf, consulté le 26 février 2019).

[2] Health technologies and pharmaceuticals programme. Annual report 2017. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2017 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/publications/2017/health-technologies-and-pharmaceuticals-programme.-annual-report-2017, consulté le 7 février 2019).

J. MÉDECINE TRADITIONNELLE (résolution WHA67.18 (2014))

101. En mai 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA67.18 sur la médecine traditionnelle. Le présent rapport décrit les progrès accomplis en la matière entre 2012, avant le lancement de la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, et 2018.[1]

102. Le nombre de pays dotés d'un cadre légal et réglementaire en matière de médecine traditionnelle et complémentaire est passé de 79 en 2012 à 109 en 2018, et la tendance est à la hausse. Un certain nombre de pays ont adopté une législation et des politiques dans ce domaine, d'autres ont étendu la réglementation existante et certains sont en train de légiférer en la matière. L'infrastructure pour la gouvernance de la médecine traditionnelle et complémentaire à l'échelle nationale a également été significativement améliorée.

103. Entre 2012 et 2018, l'augmentation des politiques et des réglementations nationales portant sur les praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire a distancé celle de la réglementation relative aux médicaments à base de plantes, ce qui indique que les États Membres ont porté une attention plus grande à la mise en place de systèmes politiques et règlementaires complets en matière de services de santé traditionnels et complémentaires. En 2018, 124 pays (soit 64 % des États Membres de l'OMS) ont déclaré s'être dotés de lois ou de règlements sur les médicaments à base de plantes et 78 pays ont déclaré qu'ils s'étaient dotés de réglementations sur les praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire ; en outre, 45 pays ont indiqué que la médecine traditionnelle et complémentaire était couverte par l'assurance-maladie. La plupart des pays ont précisé que la médecine traditionnelle et complémentaire n'était que partiellement couverte.

104. Le nombre d'États Membres de l'OMS dotés d'un programme national relatif à la médecine traditionnelle et complémentaire est passé de 58 en 2012 à 79 en 2018. Les pays continuent de faire en sorte d'intégrer la médecine traditionnelle et complémentaire à tous les niveaux de la prestation de services de santé, notamment par l'intermédiaire de forfaits minimum de services primaires, de cliniques du bien-être, de centres de traitement de la douleur et de l'utilisation de médicaments à base de plantes fabriqués localement. La Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires de 2018[2] reconnaît qu'il est nécessaire d'inclure les connaissances et les techniques médicales traditionnelles dans la prestation des soins de santé primaires.

[1] Le présent rapport est fondé sur la deuxième enquête mondiale de l'OMS sur la médecine traditionnelle, menée en 2010-2012, qui a par la suite fait l'objet d'une actualisation en 2016-2018. Il présente des données provenant des États Membres, des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, des centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine traditionnelle et des bureaux régionaux de l'OMS, ainsi que des informations enregistrées par l'unité Médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative de l'OMS.

[2] Disponible à l'adresse https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf (consulté le 4 février 2019).

105. Le Secrétariat œuvre sans cesse depuis 2014 à l'élaboration de documents techniques,[1] d'une terminologie internationale[2] et d'outils[3] susceptibles d'orienter les États Membres et les parties prenantes en ce qui concerne les normes minimales de référence permettant d'assurer l'innocuité, la qualité et l'efficacité de la prestation de services médicaux traditionnels, complémentaires et intégratifs. Au cours de la période 2016-2018, une enquête a été menée afin d'actualiser la deuxième enquête mondiale de l'OMS sur la médecine traditionnelle, réalisée en 2010-2012, dans le but d'analyser les tendances mondiales et d'obtenir une vue d'ensemble de la situation actuelle. Les résultats de ces deux enquêtes seront reflétés dans le futur rapport mondial de l'OMS sur la médecine traditionnelle et complémentaire.[4]

106. Parmi les réseaux et les accords interrégionaux et régionaux portant sur la réglementation et l'assurance de la qualité des médecines traditionnelles, complémentaires et intégratives impulsés par l'OMS, on peut citer le réseau de coopération règlementaire internationale pour les médicaments à base de plantes[5] et le groupe de travail sur l'assurance de la qualité et l'amélioration des services d'acupuncture, entre autres.[6] Huit ateliers de formation interrégionaux de l'OMS, auxquels ont assisté des personnes désignées par une vingtaine d'États Membres, ont été organisés en collaboration avec le Gouvernement de Macao (Chine) dans le but de renforcer les capacités nationales dans des domaines en lien avec la médecine traditionnelle et complémentaire.

107. Une des réalisations d'importance est l'inclusion d'un chapitre sur la médecine traditionnelle dans la Onzième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. En outre, deux indicateurs relatifs à la médecine traditionnelle et complémentaire ont été répertoriés comme indicateurs supplémentaires dans l'édition 2018 de la Liste mondiale OMS de référence des 100 indicateurs sanitaires de base (ainsi que les ODD liés à la santé). L'OMS a eu d'autres initiatives, notamment une trousse à outils, de même que des indicateurs et des cadres propres aux Régions, testés dans certains États Membres,[7] conçus pour suivre et orienter une bonne intégration de la

[1] Parmi lesquels : WHO Guidelines for selecting marker substances of herbal origin for quality control of herbal medicines. Annex 1. In : *WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations: fifty-first report*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2017 (WHO Technical Report Series, No. 1003 ; https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/expert_committee/WHO_TRS_1003_full-version.pdf?ua=1, consulté le 5 février 2019) ; WHO Guidelines on good herbal processing practices for herbal medicines. Annex 1. In : *WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations: fifty-second report*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2018 (WHO Technical Report Series, No. 1010 ; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272452/9789241210195-eng.pdf?ua=1, consulté le 5 février 2019) ; et Guidelines on good manufacturing practices for the manufacture of herbal medicines. Annex 2. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2018 (WHO Technical Report Series, No. 1010 ; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272452/9789241210195-eng.pdf?ua=1, consulté le 5 février 2019).

[2] Les terminologies relatives à l'ayurvéda, à la médecine Siddha, à la médecine traditionnelle chinoise et à la médecine Unani sont en cours d'élaboration, à des stades plus ou moins avancés.

[3] Des outils comme les critères de formation en médecine anthroposophique, en médecine tibétaine et en yoga, ainsi que pour la pratique de l'acupuncture, de l'ayurvéda, des soins par ventouses ou des médecines Panchakarma, Tuina et Unani sont en cours d'élaboration, à des stades plus ou moins avancés.

[4] À venir en 2019.

[5] Cette entité est devenue un réseau de l'OMS en septembre 2017, le Siège de l'OMS faisant office de secrétariat.

[6] Y compris un cadre régional de réglementation des tradipraticiens, ainsi que des pratiques et des produits de médecine traditionnelle (Région africaine) ; la bibliothèque virtuelle de santé sur la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative (Région des Amériques) ; ainsi que le réseau de réglementation de l'Asie du Sud-Est.

[7] Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a mis sur pied et a testé des indicateurs standard essentiels et de référence dans certains États Membres.

médecine traditionnelle et complémentaire dans le processus de couverture sanitaire universelle dans le cadre des objectifs de développement durable.[1,2]

108. L'OMS, les États Membres et les acteurs non étatiques collaborent dans le but de mettre sur pied des plateformes de connaissances nationales, régionales et mondiales fournissant des informations sur la médecine traditionnelle et complémentaire fondées sur des bases factuelles. Parmi ces plateformes, on peut citer ObservaPICS,[3] le consortium universitaire brésilien pour la santé intégrative,[4] le registre des essais cliniques en acupuncture et moxibustion[5] et l'Observatoire mondial de la santé.[6]

109. Il est fondamental de mobiliser tout le potentiel de la médecine traditionnelle et complémentaire afin d'atteindre les cibles du « triple milliard » du treizième programme général de travail, 2019-2023, et de réaliser la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. Les États Membres ont prié l'OMS d'élaborer des orientations techniques générales, notamment en ce qui concerne la recherche en 0médecine traditionnelle et complémentaire et l'évaluation de cette médecine ; le partage des informations sur les questions réglementaires ; les ateliers portant sur le renforcement des capacités nationales ; ainsi que la mise à disposition de bases de données de recherche. L'OMS continuera de promouvoir l'utilisation sûre et efficace de la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative par l'intermédiaire de la réglementation et de la recherche sur les produits, les pratiques et les praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire, et de leur intégration au sein des systèmes de santé existants, selon qu'il conviendra, afin de contribuer à la réalisation du treizième programme général de travail, 2019-2023, de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable. L'OMS continuera également à suivre les avancées à l'échelle nationale en collectant les informations fiables.

= = =

[1] En 2017, le Comité régional de l'Afrique a adopté le Cadre pour le développement des systèmes de santé en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine, dans le contexte des objectifs de développement durable (document AFR/RC67/10) lors de sa soixante-septième session (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-01/AFR%20RC67%2010%20Cadre%20pour%20le%20d%C3%A9veloppement%20des%20syst%C3%A8mes%20de%20sant%C3%A9%20en%20vue%20d'assurer%20la%20CSU%20dans%20la%20R%C3%A9gion%20africaine%20dans%20le%20contexte%20des%20ODD.pdf, consulté le 11 février 2019).

[2] Le cadre régional de surveillance des objectifs de développement durable et de la couverture sanitaire universelle, adopté par le Comité régional du Pacifique occidental en 2016, comprend certains indicateurs pertinents pour la médecine traditionnelle et complémentaire (voir http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13961/9789290618379-eng.pdf, consulté le 11 février 2019).

[3] Observatoire national des pratiques et des connaissances en médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative au Brésil (http://observapics.com.br/, site Web en cours de réalisation).

[4] Lancé avec le soutien du Ministère brésilien de la santé par l'intermédiaire du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), le projet a pour but de constituer la base d'un réseau régional de collaboration pour la recherche sur la médecine traditionnelle et complémentaire.

[5] Plateforme secondaire dépendant du Registre chinois des essais cliniques, le Système OMS d'enregistrement international des essais cliniques est une initiative de collaboration entre la Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture et de moxibustion, l'Académie chinoise des sciences médicales chinoises et l'Association chinoise d'acupuncture et moxibustion. Elle a été officiellement approuvée par l'OMS en mars 2018.

[6] L'OMS collabore avec l'Académie chinoise des sciences médicales chinoises et les établissements concernés afin de rassembler des données factuelles et d'entretenir les ressources nécessaires à la connaissance de la médecine traditionnelle, ainsi que de diffuser ces connaissances. La plateforme en cours de développement doit être intégrée dans le répertoire de données de l'Observatoire mondial de la santé.