Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-QUATORZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A74/43 Rev.1**
Point 34.1 de l'ordre du jour **26 mai 2021**

Rapports de situation

Rapport du Directeur général

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
A.	Structures durables de financement de la santé et couverture universelle (résolution WHA64.9 (2011))	2
B.	Prévention de la surdité et de la déficience auditive (résolution WHA70.13 (2017))	3
C.	Promotion de la santé des réfugiés et des migrants (décision WHA72(14) (2019))	5
D.	Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16 (2011))	7
E.	Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16 (2007))	9
F.[1]		
G.	Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1 (2007))	11
H.	Eau, assainissement et hygiène dans les établissements de santé (résolution WHA72.7 (2019))	13
I.	Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement (décision WHA72(10) (2019))	16

[1] Désormais document A74/55, présenté sous le point 26.4 de l'ordre du jour.

A. STRUCTURES DURABLES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET COUVERTURE UNIVERSELLE (résolution WHA64.9 (2011))

1. Dix ans après l'adoption de la résolution WHA64.9, la couverture sanitaire universelle reste en tête des priorités mondiales en matière de politiques de santé. Depuis le rapport de situation de 2018,[1] l'OMS a élargi ses orientations sur les politiques de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle ; au cours de cette période, près de 9000 personnes dans 168 pays ont bénéficié des programmes de formation de l'OMS pour le renforcement des capacités dans le domaine du financement de la santé et un soutien technique direct a été apporté à plus de 100 pays dans toutes les Régions.

2. La poursuite des progrès vers la couverture sanitaire universelle dépend largement du financement public, mais le tableau est nuancé. Le niveau global de la couverture des services augmente avec les dépenses de santé totales, ce qui indique que l'augmentation des dépenses privées, qui résulte de la croissance des revenus, peut aussi avoir des conséquences positives, même si d'importants problèmes d'équité se posent lorsque ces dépenses sont le moteur principal. Les dépenses publiques continuent bien sûr de jouer un rôle central pour réduire les difficultés financières et les inégalités d'utilisation des services, pour autant qu'elles viennent à l'appui de politiques bien conçues de financement de la santé.[2]

3. Les bonnes politiques de financement de la santé – celles qui contribuent à l'instauration de la couverture sanitaire universelle – sont désormais expressément définies par l'OMS, qui leur associe un ensemble de caractéristiques souhaitables fondées sur les données factuelles et l'expérience de la mise en œuvre au cours des 20 dernières années. Celles-ci servent à évaluer les résultats des pays, c'est-à-dire à repérer leurs atouts et leurs faiblesses afin de leur proposer des orientations prioritaires. Ces orientations peuvent par exemple indiquer que les progrès seront entravés si l'on n'alloue pas les ressources aux prestataires en fonction des besoins de santé de la population ; ou encore que, si les fonds publics ne sont pas affectés de façon à garantir d'abord que toute la population puisse obtenir un ensemble de services de santé prioritaires, l'équité en souffrira, freinant ainsi l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

4. Dans de nombreux systèmes de santé, la couverture reste encore très fragmentée : de multiples régimes et programmes y coexistent, chacun gérant ses propres fonds qui ciblent eux-mêmes des groupes de population distincts, ce qui crée des systèmes parallèles. Cette approche enraye les progrès vers la couverture sanitaire universelle en freinant les efforts déployés pour combattre les inégalités de droits et d'accès au sein de la population, par exemple en empêchant d'orienter les ressources vers les personnes qui en ont le plus besoin ou vers les services prioritaires. De plus, la fragmentation est inefficace, contribue au chevauchement des fonctions et accroît la charge administrative. Certains pays s'attaquent au problème, notamment le Viet Nam qui a récemment intégré les services de prise en charge de l'infection à VIH et de la tuberculose aux prestations couvertes par le système d'assurance-maladie national. Les établissements de santé ont désormais une même source de financement et une nouvelle unité centrale du Ministère de la santé se charge des achats de médicaments. Ces changements contribuent à préserver la couverture des services dans un contexte de diminution de l'aide extérieure tout en réduisant les coûts et en améliorant l'efficience globale du système.

---

[1] Voir le document A71/41 Rev.2, section N.

[2] *Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : rapport de suivi 2019*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/, résumé d'orientation en français : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328922/WHO-HIS-HGF-19.1-fre.pdf?ua=1, consultés le 24 février 2021).

5. Les nouvelles données disponibles soulignent qu'en plus de garantir que les fonds publics sont principalement affectés aux services prioritaires, il est important de disposer de systèmes de gestion des finances publiques qui soient solides et adaptés aux objectifs du système de santé. Les processus rigides d'établissement du budget empêchent d'affecter et, le cas échéant, de réaffecter les fonds aux services prioritaires ; l'amélioration de ces procédures pourrait, entre autres mesures, régler ce problème. La sous-utilisation des budgets consacrés à la santé est un problème chronique dans de nombreux pays et les autorités sanitaires et financières doivent s'attaquer aux goulots d'étranglement qui en sont à l'origine. À cet égard, la République-Unie de Tanzanie a récemment instauré un mécanisme de financement visant à garantir que les centres de soins de santé primaires de première ligne puissent recevoir, gérer et comptabiliser directement des crédits budgétaires, afin de réduire les perturbations et d'accroître l'efficacité.

6. Les rapports annuels sur les dépenses de santé mondiales publiés par l'OMS depuis 2018 montrent que les dépenses directes restent élevées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où elles représentent en moyenne plus de 40 % des dépenses totales. Même si le financement extérieur (provenant des donateurs) représente seulement 0,2 % du total des dépenses de santé, il reste essentiel pour de nombreux pays à faible revenu, où il représente en moyenne 30 % des dépenses de santé nationales. La priorité moindre donnée aujourd'hui à la santé dans les dépenses publiques des pays à faible revenu, qui risque de neutraliser au moins en partie l'augmentation de l'aide au développement pour la santé, est un motif d'inquiétude.

7. La pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a engendré une crise sanitaire et budgétaire qui, à défaut d'une action concertée, pourrait ralentir durablement les progrès vers la couverture sanitaire universelle en raison des conséquences que les évolutions en matière de revenus, de pauvreté, de dette publique et de capacité budgétaire ont sur le financement de la santé. Tandis que la rapidité et l'ampleur de la reprise économique attendue restent incertaines, la détérioration de la situation budgétaire observée dans la plupart des pays en 2020 pourrait comprimer l'ensemble des dépenses publiques, y compris celles allouées à la santé, au cours des prochaines années. Les gouvernements et la communauté internationale doivent prendre des mesures énergiques dans ce contexte difficile. Les priorités sont notamment les suivantes :

- corriger le sous-financement des principales fonctions de santé publique, patent dans de nombreux pays, en renforçant et en améliorant l'investissement dans la préparation et la riposte aux épidémies et en soutenant les piliers des systèmes de santé ;

- donner une plus grande priorité à la santé et aux dépenses sociales connexes lors de l'affectation des ressources publiques, en accordant une attention particulière aux plus vulnérables ;

- préférer un ajustement budgétaire ordonné, étalé sur plusieurs années, aux mesures d'austérité, afin d'atténuer les conséquences potentielles que de fortes réductions de dépenses auraient sur la croissance économique, la santé de la population et le bien-être et la stabilité sociale.

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

8. 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 et a prié le Directeur général d'établir un rapport mondial sur les soins auriculaires et auditifs ; d'élaborer un ensemble d'outils et de fournir une assistance technique aux États Membres pour collecter des données et 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 chaque année le 3 mars.

9. En conséquence, le Secrétariat a entrepris les principales activités suivantes.

Rapport mondial sur l'audition

10. Le rapport mondial sur l'audition (*World report on hearing*) est paru le 3 mars 2021. Fruit de consultations multipartites auxquelles les États Membres ont participé, il se fonde sur les toutes dernières données de grande qualité sur la question. Le rapport présente des chiffres sur la prévalence et des projections concernant la déficience auditive, les besoins satisfaits et non satisfaits en matière de soins auditifs, la disponibilité de ressources humaines pour dispenser ces soins et le coût de la déficience auditive non soignée. Il définit le concept de soins auriculaires et auditifs intégrés et centrés sur les personnes, et propose un ensemble d'interventions et de mesures scientifiquement fondées pour intégrer ces soins dans les systèmes de santé. Il indique le coût de la mise en œuvre et les retours sur investissement attendus.

Cible mondiale et indicateurs de référence

11. Après consultation, l'OMS a fixé comme cible mondiale une augmentation de 20 % de la couverture effective des interventions dans le domaine des soins auriculaires et auditifs d'ici à 2030, qui sera mesurée au moyen de trois indicateurs de référence portant sur : les services de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés au sein de la population ; la prévalence des maladies chroniques de l'oreille et de la déficience auditive non soignée chez les écoliers ; et l'utilisation des technologies d'aide auditive chez les adultes malentendants. Un cadre de suivi est en train d'être élaboré pour rendre compte de ces indicateurs et des progrès réalisés par rapport à la cible mondiale.

Ensemble d'outils mis au point

12. L'OMS a publié un certain nombre de documents pratiques se rapportant aux soins auriculaires et auditifs, notamment sur l'analyse de la situation, la planification et le suivi des stratégies nationales et de la prestation des services, les enquêtes, le dépistage et les technologies d'un coût abordable. Une application logicielle téléchargeable gratuitement pour tester l'audition (hearWHO et hearWHO*pro*) a été mise au point ; elle est disponible en anglais, chinois et espagnol. D'autres outils seront définitivement mis au point en 2021-2022. Les pays de chaque Région ont commencé à utiliser ces outils avec le soutien du Secrétariat. L'application hearWHO a été téléchargée par plus de 250 000 utilisateurs de par le monde.

Assistance technique

13. Le Secrétariat a fourni une assistance technique aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies nationales en matière de soins auditifs, la conduite de programmes de formation et d'enquêtes sur la prévalence, et la planification d'examens auditifs. Depuis 2019, il collabore avec des États Membres de toutes les Régions, à savoir la Fédération de Russie, l'Inde, le Kenya, le Nicaragua, le Pakistan, le Panama, les Philippines et la Zambie.

Collaboration

14. Créé par l'OMS, le Forum mondial de l'audition est un réseau mondial de parties prenantes du domaine des soins auditifs, qui a pour objectif de faire prendre conscience de l'importance de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des déficiences auditives. Le Forum, qui a tenu sa première réunion les 4 et 5 décembre 2019, vise à renforcer l'action mondiale dans le domaine des soins auditifs par une plus grande sensibilisation et un plus large réseautage. Il fera un travail de persuasion pour promouvoir l'application de la résolution WHA70.13 et soutenir les actions de l'OMS dans le domaine de l'audition. Un groupe de l'OMS a été créé sur Facebook pour renforcer la dynamique parmi les parties prenantes dans ce domaine.

Mesures pour remédier à la déficience auditive due au bruit récréatif

15. Le Secrétariat a collaboré étroitement avec l'Union internationale des télécommunications (UIT) à l'élaboration et à la promotion de la norme mondiale OMS-UIT applicable aux systèmes et dispositifs d'écoute sans risque, selon laquelle il convient d'intégrer dans les smartphones et les lecteurs MP3 des fonctionnalités d'écoute sans risque propres à réduire le nombre de cas de déficience auditive évitable chez les utilisateurs. Au moins deux grands fabricants de smartphones ont adopté cette norme. L'OMS a également conçu des supports incitant à changer de comportement pour une écoute sans risque. Un cadre réglementaire pour l'écoute sans risque dans les lieux de divertissement est en cours d'élaboration et devrait être achevé en 2021.

Journée mondiale de l'audition

16. Chaque année, en prévision du 3 mars, l'OMS conçoit et diffuse des messages et des supports fondés sur des données probantes pour sensibiliser au problème de la perte d'audition et promouvoir les soins auditifs. En 2020, le thème de la Journée mondiale de l'audition était « Entendre pour toujours » et de nouvelles données sur l'accès aux prothèses auditives ont été publiées. En 2021, la Journée a eu pour thème « Des soins auditifs pour tous » et a été marquée par la publication du rapport mondial sur l'audition et la création d'un groupe de l'OMS consacré aux soins auditifs sur Facebook. Lors de ces deux Journées, le Secrétariat a soutenu des activités de sensibilisation dans plus de 100 pays.

17. Le Secrétariat continuera de soutenir les États Membres dans l'action qu'ils mènent pour prévenir, dépister et prendre en charge la déficience auditive en intégrant les soins auriculaires et auditifs dans leurs systèmes de santé nationaux.

C. PROMOTION DE LA SANTÉ DES RÉFUGIÉS ET DES MIGRANTS (décision WHA72(14) (2019))

18. Dans sa décision WHA72(14), la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, 2019-2023. Le présent rapport expose les progrès accomplis depuis lors.

Sauver des vies grâce à des interventions de santé publique à court et à long terme

19. D'importants efforts ont été déployés pour tenir compte des réfugiés et des migrants dans la riposte mondiale à la pandémie de COVID-19, notamment en élaborant et en mettant en œuvre des

orientations provisoires sur ce sujet,[1] en rédigeant un document d'orientation sur l'accès aux services,[2] et en participant à celui établi par les Nations Unies ;[3] en intégrant la santé des réfugiés et des migrants dans le Plan de réponse humanitaire global contre la COVID-19 et dans le Cadre des Nations Unies pour la réponse socioéconomique immédiate à la COVID-19 ; en favorisant l'accès équitable aux vaccins pour les réfugiés et les migrants moyennant l'élaboration d'orientations ; et en soutenant la conception et la mise en œuvre de plans nationaux de déploiement des vaccins et de vaccination contre la COVID-19.

20. Le soutien aux pays accueillant des réfugiés et des migrants s'est intensifié dans toutes les Régions. Celui-ci comprend l'aide humanitaire et l'aide sanitaire au long cours, l'évaluation sanitaire, la lutte contre les maladies prioritaires, un large éventail de programmes de santé et le renforcement des services de santé le long des frontières et aux points d'entrée afin d'assurer la continuité des soins et le triage pour les réfugiés et les migrants malades, y compris ceux chez qui on suspecte la COVID-19.

Assurer la couverture sanitaire universelle et faire en sorte que les systèmes de santé répondent aux besoins des réfugiés et des migrants

21. Le Secrétariat collabore avec la plateforme multipartite CSU-2030 pour progresser plus vite vers la réalisation d'une couverture sanitaire universelle dont les réfugiés et les migrants pourront également bénéficier, notamment par le biais de la Déclaration politique de Mexico sur la couverture sanitaire universelle, et par la mobilisation de ressources, de l'Union européenne entre autres. L'OMS a organisé en octobre 2020 une formation mondiale sur la santé des réfugiés et des migrants, à laquelle ont participé 185 représentants de gouvernements et de partenaires, pour renforcer les capacités et les connaissances au niveau national.

22. Le Secrétariat a élaboré et diffusé des normes mondiales en matière de compétences qui donnent des orientations en matière de formation pour que les soignants puissent fournir des services de santé de qualité aux réfugiés et aux migrants.

Intégrer la santé des réfugiés et des migrants dans les programmes, les partenariats et les activités de sensibilisation aux niveaux national, régional et mondial

23. En tant que membre du Comité exécutif du Réseau des Nations Unies sur les migrations et du Comité directeur de son fonds d'affectation spéciale pluripartenaire et en tant que codirigeant de son groupe de travail sur l'accès aux services, l'OMS assure un leadership en matière de santé et donne une orientation stratégique au Réseau, en particulier en ce qui concerne la riposte du système des Nations Unies à la pandémie de COVID-19 et la mise en œuvre du Pacte mondial sur les réfugiés et du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières. Les communautés et réseaux économiques régionaux ont également bénéficié d'un soutien pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, y compris dans le cadre d'examens régionaux sur cette question.

---

[1] Preparedness, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) for refugees and migrants in non-camp settings: interim guidance. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331777, consulté le 16 février 2021).

[2] Réseau des Nations Unies sur les migrations, Enhancing access to services for migrants in the context of COVID-19 Preparedness, prevention, and response and beyond (https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/06/final_network_wg_policy_brief_covid-19_and_access_to_services.pdf, consulté le 16 février 2021).

[3] Groupe des Nations Unies pour le développement durable, Policy brief: COVID-19 and people on the move. Juin 2020 (https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-people-move, consulté le 16 février 2021).

24. L'OMS a signé un nouveau protocole d'accord avec l'OIM en 2019 puis un protocole d'accord et d'orientation opérationnelle avec le HCR en 2020. Ces accords définissent six domaines de collaboration. Au sein de l'OMS, un réseau d'experts techniques intervenant aux trois niveaux de l'Organisation a été créé, ce qui renforce la coordination pour répondre globalement aux besoins sanitaires des réfugiés et des migrants aux niveaux national, régional et mondial.

25. Le Secrétariat a dirigé les efforts de sensibilisation en faveur de la santé des réfugiés et des migrants et de la mobilisation des États Membres et des partenaires, dans le cadre de manifestations parallèles, de séances d'information et de webinaires lors de l'Assemblée générale des Nations Unies et des réunions annuelles du Réseau des Nations Unies sur les migrations, de l'OIM, du Mécanisme des Maires et du Forum mondial sur la migration et le développement, ainsi qu'à l'occasion de la Journée mondiale des réfugiés et de la Journée internationale des migrants.

Suivi, informations, données factuelles et communication pour la santé

26. Un réseau d'experts a été mis en place pour élaborer et mettre en œuvre un programme de recherche au moyen d'examens des données probantes et des politiques et d'autres outils normatifs, et des mécanismes ont été créés pour établir le premier rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants. Une collaboration sur les données factuelles et la recherche a été instaurée avec l'OIM, le HCR, le Groupe d'experts des Nations Unies en statistiques des migrations et le Groupe d'experts des Nations Unies en statistiques sur les réfugiés et les déplacés, pour que la santé soit prise en compte dans les travaux statistiques sur les réfugiés et les migrants.

27. L'enquête *ApartTogether*,[1] qui a permis de recueillir des informations auprès de 30 000 réfugiés et migrants, donne un aperçu de leur perception de l'impact de la COVID-19 sur leur vie.

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

28. En 2020, six pays ont signalé un total de 27 cas humains de dracunculose (maladie du ver de Guinée) dans 18 villages. L'Angola a signalé un cas, l'Éthiopie 11 cas dans cinq villages, le Mali un cas, le Tchad 12 cas dans 10 villages, et le Soudan du Sud un cas ; le Cameroun a fait état d'un cas, probablement importé du Tchad. Le nombre total de cas en 2020 est inférieur de 50 % à celui enregistré en 2019. Le Cameroun, l'Éthiopie, le Mali et le Tchad ont également signalé des infections animales en 2020. Lorsque les efforts d'éradication ont commencé dans les années 1980, la dracunculose était endémique dans 20 pays ; l'éradication de la maladie contribuera à la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

29. L'OMS et ses partenaires mondiaux (le Centre Carter, l'UNICEF et le Centre collaborateur de l'OMS pour l'éradication de la dracunculose relevant des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique) ont continué de soutenir les interventions menées aux niveaux communautaire et national par tous les pays touchés et ont maintenu une dynamique constante dans les efforts d'éradication, avec la collaboration efficace et régulière des donateurs.

30. À ce jour, conformément aux recommandations de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose, l'OMS a certifié 199 pays, territoires et zones au total, dont 187 États Membres de l'OMS, comme étant exempts de transmission de la maladie.

[1] *ApartTogether survey: Preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/337931, consulté le 16 février 2021).

Sept États Membres ne sont pas encore certifiés : la dracunculose reste endémique en Éthiopie, au Mali, au Soudan du Sud et au Tchad, tandis que l'Angola a signalé un troisième cas humain autochtone confirmé pour la troisième année consécutive en 2020 et est désormais classé comme pays d'endémie. Le Soudan est toujours en phase de précertification, de même que la République démocratique du Congo, qui n'a pas déclaré de cas depuis les années 1950. La quatorzième réunion de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose s'est tenue en ligne en octobre 2020. En novembre 2020, certains membres de la Commission se sont réunis dans le but d'approfondir la discussion sur la voie à suivre pour mettre au point et réaliser des travaux de recherche, et de délibérer sur les processus de certification dans le contexte de l'infection animale par le ver de Guinée.

31. Malgré la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), l'Angola, l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad ont maintenu une surveillance active à l'échelon communautaire dans 6765 villages en 2020, contre 7735 villages en 2019. Le Soudan a maintenu une surveillance précertification, incluant la recherche des cas, et la République démocratique du Congo a continué à mener une recherche active des cas tout en renforçant la surveillance nationale. Aucun cas humain ni animal infecté n'a été trouvé dans ces deux pays.

32. L'Angola a signalé un cas humain en mars 2020 à la suite des mesures prises par le Ministère de la santé, avec le soutien de l'OMS, pour renforcer la surveillance et sensibiliser la population. Le cas signalé semble être le résultat d'une transmission autochtone de faible ampleur à la frontière avec la Namibie. L'OMS a continué d'apporter son appui au Ministère namibien de la santé et soutenu le renforcement de la surveillance transfrontalière avec l'Angola.

33. Tous les pays qui n'ont pas encore été certifiés ont continué d'offrir des récompenses pécuniaires pour la notification volontaire des cas de dracunculose en 2020. Plus de 128 000 cas humains et 77 000 infections animales présumés ont été signalés à titre provisoire dans le monde et ont fait l'objet d'une enquête en 2020, celle-ci étant menée dans les 24 heures dans 99 % des cas. La plupart des pays où la maladie était auparavant endémique et qui en sont désormais certifiés exempts ont soumis des rapports trimestriels à l'OMS en 2020.

34. Le Cameroun a mis en place une surveillance active dans les zones frontalières à risque et mené une campagne d'information sur le système de récompenses dans tout le pays, avec le soutien de l'OMS. Un cas de dracunculose chez une fillette de six ans et six animaux infectés ont été signalés dans la même zone de transmission, située à la frontière avec le Tchad. Malgré les problèmes de sécurité importants, l'OMS a aidé la République centrafricaine à améliorer la surveillance dans les zones à haut risque frontalières du Tchad.

35. L'infection des chiens par *Dracunculus medinensis* reste un obstacle dans la campagne mondiale d'éradication de la dracunculose. Par rapport à 2019, le nombre total d'infections animales a diminué de 20 % en 2020, passant de 1991 à 1600 infections. En 2020, le Tchad a notifié des infections chez 1507 chiens et 63 chats ; l'Éthiopie a signalé des infections chez trois chiens, huit chats et quatre babouins ; le Mali a rapporté des infections chez neuf chiens, et l'Angola n'a signalé aucun animal infecté. La transmission chez l'animal peut être interrompue par des mesures préventives – en attachant essentiellement les chiens –, une surveillance accrue et le confinement des cas, ainsi que par l'éducation sanitaire des communautés et des propriétaires d'animaux, et la lutte antivectorielle. Les pays dans lesquels la maladie est actuellement transmise ont encore élargi les interventions de lutte antivectorielle au cours de l'année 2020.

36. Les conflits et l'insécurité sont toujours un obstacle aux efforts menés par le programme d'éradication et empêchent l'accès à certaines régions du Mali. Les déplacements de population au Soudan du Sud ont continué à freiner la mise en œuvre du programme et à limiter l'accès à certaines régions où l'infection est endémique.

37. Lors de la vingt-quatrième réunion internationale d'examen des administrateurs des programmes d'éradication de la dracunculose, organisée en ligne en mars 2020, les pays ont fait rapport sur l'état d'avancement de leurs programmes depuis l'année précédente. La vingt-cinquième réunion internationale d'examen s'est tenue en ligne en mars 2021. La quatrième réunion biennale d'examen des programmes d'éradication de la dracunculose dans les pays certifiés exempts de transmission de la maladie se tiendra en ligne en juin 2021, pour passer en revue les activités de surveillance postcertification.

38. En raison de la pandémie de COVID-19, la réunion informelle annuelle avec les ministres de la santé des pays touchés par la dracunculose, qui se tenait habituellement en marge de l'Assemblée de la Santé, a été reportée.

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

39. Pour donner suite à la résolution WHA60.16 (2007), les États Membres, en collaboration avec le Secrétariat et ses partenaires, continuent de promouvoir l'usage rationnel des médicaments en vue de réduire au minimum leur usage excessif, insuffisant ou abusif. Le Secrétariat élabore des orientations et soutient la mise en œuvre de politiques et de stratégies appropriées pour améliorer l'usage rationnel des médicaments, notamment en actualisant les listes nationales de médicaments essentiels, en surveillant l'usage des médicaments et en appliquant les bonnes pratiques.

Stratégies et engagements

40. Selon la feuille de route pour l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux autres produits sanitaires, 2019-2023,[1] des modalités de prescription et de délivrance appropriées et un usage rationnel des médicaments constituent une activité essentielle pour améliorer l'accès équitable aux médicaments, notamment en garantissant un impact sur la santé ainsi qu'un emploi rationnel des ressources. La feuille de route précise en outre qu'il faut former les agents de santé, disposer de processus d'amélioration de la qualité et surveiller de manière systématique l'usage des médicaments.

41. Les ministres de la santé des États Membres de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est ayant participé à la soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est à New Delhi (Inde) en 2018 sont convenus qu'il fallait promouvoir un usage approprié des produits médicaux, en particulier des antimicrobiens, en tant que mesure essentielle pour améliorer l'accès à des produits médicaux efficaces, sûrs, de qualité et abordables.[2]

[1] Voir le document A72/17.

[2] Delhi Declaration on improving access to essential medical products in the region and beyond (SEA/RC71/R2) (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328050/sea-rc71-r2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

42. L'usage rationnel des médicaments figure dans le cadre présenté dans le document intitulé Stratégie régionale pour améliorer l'accès aux médicaments et aux vaccins dans la Région de la Méditerranée orientale, pour la période 2020-2030, et enseignements tirés de la pandémie de COVID-19.[1]

43. Le cadre de l'OPS sur les fonctions essentielles de santé publique dans les Amériques précise que le fait de « garantir l'accès et l'usage rationnel de médicaments essentiels et d'autres technologies sanitaires de qualité, sûrs et efficaces » constitue une fonction essentielle et souligne l'importance de l'usage rationnel des médicaments essentiels et des technologies sanitaires.[2]

Orientations

44. La Liste modèle OMS des médicaments essentiels comprend des informations sur les formes galéniques et les dosages ; des prescriptions relatives au destinataire du médicament ; des indications sur les affections que le médicament peut traiter et sur la posologie ainsi que des précisions sur les données cliniques. Plus de 150 pays utilisent la Liste pour déterminer quels sont les médicaments qui correspondent le mieux aux contextes et aux priorités sanitaires qui sont les leurs, de façon à pouvoir établir leurs propres listes nationales de médicaments essentiels.

45. La Liste a été actualisée en juin 2019.[3] Le Comité d'experts a passé en revue 65 demandes et a examiné les recommandations des groupes de travail sur les antibiotiques et les médicaments contre le cancer. Le Comité a approuvé les recommandations relatives à la classification AWaRe de 177 antibiotiques couramment utilisés, laquelle distingue les antibiotiques dont l'accessibilité est essentielle, ceux qui sont à utiliser sélectivement et ceux qui constituent des antibiotiques de réserve, l'objectif étant de mieux appuyer les activités de surveillance et de gestion des antibiotiques.[4]

46. Une version numérique facile d'accès de la Liste de l'OMS a été présentée officiellement. Elle permet d'effectuer des recherches par noms de médicaments ou problèmes de santé et de créer et d'exporter des listes personnalisées.[5]

47. Le document intitulé *Programmes pour le bon usage des antimicrobiens dans les établissements de santé dans les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure : une boîte à outils pratique de l'OMS a été publié*.[6] La boîte à outils vise à soutenir la mise en œuvre de l'objectif 4 du Plan d'action mondial consistant à « optimiser l'usage des antimicrobiens ».

---

[1] Document EM/RC67/6 (https://applications.emro.who.int/docs/EMRC676-fre.pdf?ua=1, consulté le 16 février 2021).

[2] *The essential public health functions in the Americas: a renewal for the 21st century. Conceptual framework and description* (Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 2020) (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53124/9789275122655_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 16 février 2021).

[3] Voir : *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines, 2019 (including the 21st WHO Model List of Essential Medicines and the 7th WHO Model List of Essential Medicines for Children).* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (Série de rapports techniques de l'OMS, N° 1021) (https://www.who.int/publications/i/item/9789241210300, consulté le 16 février 2021).

[4] https://aware.essentialmeds.org/groups, consulté le 16 février 2021.

[5] https://list.essentialmeds.org/, consulté le 16 février 2021.

[6] *Programmes pour le bon usage des antimicrobiens dans les établissements de santé dans les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure : une boîte à outils pratique de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/332624, consulté le 16 février 2021).

48. De nouvelles lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des douleurs chroniques chez les enfants ont été publiées.[1] Ces lignes directrices comprennent des interventions pharmacologiques pour le traitement de la douleur chez les enfants âgés de 0 à 19 ans, y compris l'utilisation de la morphine. Elles permettent aux États Membres et à leurs partenaires d'élaborer et de mettre en œuvre, aux niveaux national et local, des politiques, des réglementations, des protocoles de prise en charge de la douleur et des bonnes pratiques pour le traitement de la douleur, et soulignent l'importance de la bonne gestion des opioïdes pour répondre aux préoccupations concernant les effets nocifs résultant d'un mauvais usage de ces médicaments.

49. La riposte à la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) comprend l'élaboration accélérée et la mise à jour régulière de lignes directrices cliniques présentant l'usage rationnel d'interventions thérapeutiques fondées sur des données factuelles pour les patients atteints de la COVID-19. En outre, l'OMS a lancé une vaste campagne d'information destinée au public afin de dissuader les personnes de recourir à un usage irrationnel et nocif des traitements préconisés dans le cadre de l'infodémie mondiale de désinformation associée à la pandémie.

Voie à suivre

50. Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour aborder la question de l'usage rationnel des médicaments, notamment dans les politiques et les plans nationaux, par le biais d'initiatives régionales et en mobilisant des ressources, conformément aux recommandations de la résolution WHA60.16. En particulier, il faut redoubler d'efforts pour faire en sorte que les prescripteurs soient en mesure d'appliquer les lignes directrices cliniques et d'autres stratégies ayant fait leurs preuves ; que les orientations politiques soient alignées, de la sélection des médicaments aux pratiques de prescription ; que les connaissances dans le domaine de la santé soient améliorées ; que des programmes de bonne gestion soient mis en œuvre ; et que les pays bénéficient d'un soutien dans l'élaboration de politiques et de réglementations visant à garantir l'accès, la prescription, la délivrance et l'usage appropriés des médicaments, y compris des médicaments placés sous contrôle pour le traitement de la douleur et les soins palliatifs, tout en réduisant le plus possible le risque d'usage détourné ou abusif.

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

51. En mai 2007, la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA60.1 intitulée « Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique ».

52. En mai 2019, la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le rapport du Directeur général sur ce sujet.[2] Les États Membres ont pris note du rapport, ont souligné que les retombées positives du programme de recherche sur le virus de la variole supervisé par l'OMS devraient être accessibles à tous et ont proposé que la décision concernant la date de destruction des stocks de virus variolique vivant soit reportée de cinq ans pour laisser le temps de réfléchir aux meilleures options pour la santé publique mondiale. Le Secrétariat continuerait de faciliter la mise au point de contre-mesures et de favoriser l'accès à ces interventions.

---

[1] *Guidelines on the management of chronic pain in children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870, consulté le 16 février 2021).

[2] Document A72/28 ; voir également le document WHA72/2019/REC/3, procès-verbaux de la Commission B, septième séance, section 2 (en anglais seulement). Voir aussi le document A73/32.

53. Le présent rapport de situation résume les débats de la vingt-deuxième réunion du Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique (Genève, 4-5 novembre 2020)[1] qui ont porté sur les travaux de recherche menés dans les deux conservatoires autorisés de virus varioliques, en Fédération de Russie et aux États-Unis d'Amérique.

54. En ce qui concerne les activités de recherche sur des agents thérapeutiques antiviraux, le Comité consultatif a noté que des demandes d'homologation de l'agent antiviral técovirimat, approuvé en juillet 2018 aux États-Unis d'Amérique pour le traitement de la variole, étaient en cours d'examen au Canada et dans l'Union européenne. Il a en outre constaté des progrès dans le développement d'autres agents antiviraux et s'est dit préoccupé par le temps qui serait nécessaire au développement des anticorps monoclonaux. Les travaux de mise au point d'un modèle animal pour la variole s'étaient avérés prometteurs. Le Comité consultatif a recommandé que les contre-mesures approuvées soient incluses dans les stocks d'urgence de l'OMS.

55. Le Comité consultatif a noté que la mise au point de vaccins antivarioliques à base de virus de la vaccine se poursuivait, l'objectif principal étant d'améliorer l'innocuité des vaccins. Le vaccin basé sur le virus modifié de la vaccine Ankara (MVA), approuvé au Canada et aux États-Unis d'Amérique pour la prévention de la variole et de l'orthopoxvirose simienne, a également été approuvé au Canada en novembre 2020 pour la prévention d'autres infections à orthopoxvirus chez les personnes à risque, l'approbation pour cette indication plus large étant une première. Le Japon continue d'étudier un vaccin à base de virus de la vaccine de troisième génération homologué (LC16m8) et les travaux progressent vers l'homologation d'un vaccin de quatrième génération (VacΔ6) en Fédération de Russie. Après avoir analysé les incidents rapportés à l'OMS mettant en cause le virus de la vaccine, le Comité consultatif a insisté sur l'importance de mettre les vaccins et les traitements à la disposition du personnel de laboratoire, et de poursuivre les travaux visant à étendre l'octroi de licences pour toutes les contre-mesures et à améliorer l'accès aux moyens de prévention et de lutte contre l'orthopoxvirose simienne.

56. Le Comité consultatif a recommandé de persévérer dans la mise au point de produits de diagnostic afin de les rendre plus largement accessibles et d'améliorer l'accès sur le terrain ; il a en outre souligné l'importance de renforcer les capacités nationales de laboratoire pour la confirmation rapide de l'orthopoxvirose simienne et de la variole. Il a également vivement encouragé à développer des technologies de diagnostic ne recourant pas au virus vivant de la variole.

57. En ce qui concerne la recherche paléogénomique sur les restes humains, le Comité consultatif a fourni des orientations pour les situations où l'ADN du virus de la variole pourrait être une découverte incidente ou le sujet d'étude proposé, recommandant que les chercheurs entreprennent une évaluation des risques à l'aide d'un cadre de l'OMS. Les recommandations actuelles de l'OMS concernant la distribution, la manipulation et la synthèse de l'ADN du virus variolique seraient mises à jour.

58. Outre les travaux du Comité consultatif, les inspections de sécurité biologique menées par l'OMS dans les conservatoires autorisés du virus variolique en 2019 ont permis de constater que les normes internationales de biosécurité et de biosûreté étaient respectées.[2] Des plans ont été établis pour les inspections ordinaires. Cependant, compte tenu des contraintes imposées par la pandémie de COVID-19, le prochain cycle d'inspections a été programmé pour s'étaler de fin 2021 à début 2022. Les inspections biennales des deux conservatoires autorisés resteront d'application à l'avenir, comme le prévoit la résolution WHA60.1.

[1] Le rapport de la réunion sera publié sur le site Web de l'OMS à l'adresse https://www.who.int/groups/who-advisory-committee-on-variola-virus-research/meeting-documents.

[2] Voir les documents WHO/WHE/CPI/2019.25 et WHO/WHE/CPI/2019.26 (en anglais seulement).

59. Le 8 mai 1980, la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a proclamé, dans sa résolution WHA33.3, l'éradication de la variole dans le monde entier. Le 8 mai 2020, le quarantième anniversaire de cette réussite mémorable a été célébré par l'OMS et marqué par une allocution du Directeur général, une vidéoconférence réunissant d'éminents invités, la sortie d'un court métrage et l'émission d'un timbre commémoratif, ainsi que l'organisation d'activités pour nous rappeler à tous ce qui peut être réalisé lorsque les États Membres œuvrent ensemble de manière solidaire.

H. EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (résolution WHA72.7 (2019))

60. En 2019, la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA72.7 sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé, qui s'inspire de la vision, des objectifs et des orientations mondiales actuels de l'OMS et de l'UNICEF. En 2020, l'OMS et l'UNICEF ont publié un rapport détaillé sur les progrès accomplis à l'échelle mondiale dans ce domaine.[1] Les principaux points abordés dans le rapport et les progrès réalisés dans l'application de la résolution sont résumés ci-dessous.

Progrès accomplis au regard des cibles mondiales

61. La cible mondiale consiste à ce qu'au moins 80 % des établissements de santé soient dotés de services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (services WASH) de base d'ici à 2025 et à ce que ce chiffre passe à 100 % d'ici à 2030. D'après les données actualisées du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène, d'importantes lacunes existent sur le plan mondial. Ainsi, 1 établissement de santé sur 4 ne dispose pas de services d'approvisionnement en eau de base, 1 sur 10 n'est pas doté de services d'assainissement et 1 sur 3 ne possède pas d'installations adaptées pour se laver les mains sur le lieu de soins. De plus, 1 établissement sur 3 n'effectue pas un tri des déchets dans de bonnes conditions de sécurité.

62. Dans les pays les moins avancés, la moitié des établissements de santé ne dispose pas de services d'approvisionnement en eau de base et 60 % ne sont pas dotés de services d'assainissement, tandis que 7 établissements sur 10 ne disposent pas de services de base pour la gestion des déchets des activités de soins. Les conséquences économiques des mesures de restriction prises face à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) menacent de creuser cet écart.

63. Au niveau mondial, plusieurs programmes de santé ont intégré la problématique des services WASH dans les établissements de santé à des normes, stratégies et programmes de formation. De même, l'OMS et ses partenaires ont formulé des recommandations sur les critères minimaux à respecter pour disposer de programmes efficaces de prévention et de maîtrise des infections au niveau national et dans les établissements de santé. Toutefois, la mise en œuvre est limitée et les ressources disponibles sont maigres.

Progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution WHA72.7 (2019)

64. Des données émanant de 47 pays indiquent que, pour donner suite à la résolution WHA72.7 (2019), plus de 70 % d'entre eux ont effectué des analyses de situation, 86 % ont mis à jour des normes et les appliquent et 60 % s'efforcent d'améliorer progressivement les infrastructures, de faire fonctionner et de maintenir les services WASH. Des progrès sont accomplis même dans les pays fragiles

[1] *Global progress report on water, sanitation and hygiene in health care facilities: fundamentals first*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/337604, consulté le 17 février 2021).

et touchés par des conflits, et dans toutes les Régions, favorisés par un leadership et une coordination solides sur le plan national, le recours aux données pour guider l'affectation des ressources et l'action, et l'autonomisation des soignants et des populations, qui sont incités à élaborer des solutions ensemble.

65. Toutefois, des lacunes considérables subsistent. Seul 1 pays sur 3 a élaboré des feuilles de route chiffrées et à peine plus de 10 % d'entre eux ont intégré des indicateurs WASH au suivi systématique du système de santé national.

Actions de l'OMS

66. En réponse aux nombreuses demandes d'orientations et de formations qui lui ont été soumises lors de la pandémie de COVID-19, l'OMS a actualisé ses modules de formation destinés aux établissements de santé en mettant l'accent sur la COVID-19 et les questions climatiques. En 2020, l'OMS a organisé une série de webinaires de formation à l'outil WASH FIT d'amélioration des services WASH dans les établissements de santé, en complément d'une série de webinaires mondiaux sur la prévention et la maîtrise des infections dans le cadre de la pandémie de COVID-19, initiative menée en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique. L'Organisation a également élaboré une synthèse et une version simplifiée de WASH FIT en vue de son déploiement rapide dans les zones touchées par la COVID-19. Des orientations provisoires OMS/UNICEF sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène et la COVID-19, centrées sur les établissements de santé, ont été mises au point et largement diffusées. Par conséquent, de nouveaux partenaires du secteur WASH et du secteur de la santé ont participé aux formations à WASH FIT et au suivi de l'utilisation de l'outil et au moins 10 pays ont adapté et mis en application l'outil en mettant fortement l'accent sur la prévention et la maîtrise des infections et sur la résilience face aux changements climatiques. En 2019, l'OMS a lancé 10 modules complets de formation à la prévention et à la maîtrise des infections, complétés en 2020 par d'autres ressources et modules de formation à l'appui de la riposte à la pandémie de COVID-19.

67. L'OMS continue d'apporter aux pays un soutien financier et technique pour l'élaboration de feuilles de route nationales sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé, la mise à jour des normes et l'action face à certains problèmes particuliers. En 2019, l'Organisation a mené une enquête mondiale sur la prévention et la maîtrise des infections et sur l'hygiène des mains afin d'apporter un appui aux pays dans le suivi de leurs programmes nationaux. Depuis 2019, elle a publié plusieurs importantes orientations afin de soutenir les efforts nationaux déployés pour élaborer ou renforcer ces programmes et développer ces savoir-faire dans tout le système de santé, en intégrant les programmes sur les services WASH, sur la qualité des soins et sur la sécurité des patients, notamment des recommandations essentielles concernant les critères minimums applicables aux programmes de prévention et de maîtrise des infections[1] et les compétences clés des professionnels de ce domaine.[2] En 2019, afin de soutenir les pays dans le suivi des programmes de prévention et de maîtrise des infections, l'OMS a réalisé une enquête mondiale sur la lutte anti-infectieuse et l'hygiène des mains dans les établissements de santé ; 4673 établissements issus de 126 pays y ont répondu (dont 38 pays où l'enquête a été menée à l'échelle nationale).

[1] *Minimum requirements for infection prevention and control programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080, en anglais seulement, consulté le 30 mars 2021).

[2] *Core competencies for infection prevention and control professionals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/335821, en anglais seulement, consulté le 30 mars 2021).

68. L'OMS et l'UNICEF ont organisé un webinaire au niveau mondial et animé deux réunions de laboratoires d'idées pour examiner les résultats et les implications du rapport d'étape mondial. Le Directeur général de l'OMS et le Directeur exécutif de l'UNICEF ont mis en exergue très efficacement la question de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans une tribune publiée conjointement. De plus, en 2020, l'OMS et l'UNICEF ont lancé l'Initiative sur l'hygiène des mains pour tous, dont l'objectif est de favoriser la mise en œuvre des recommandations mondiales de l'OMS sur l'hygiène des mains dans le cadre de la pandémie de COVID-19 et en tant que pilier des efforts plus vastes en matière de prévention et de maîtrise des infections et de services WASH. L'OMS continue d'organiser chaque année, le 5 mai, une campagne mondiale sur l'hygiène des mains dans le cadre des soins, « Pour sauver des vies, lavez-vous les mains », qui donne lieu à différentes manifestations relayées par les médias, soutenues par une vaste gamme d'outils de communication et de supports techniques.

69. D'après les estimations, la mise en place, entre 2021 et 2030, de services WASH universels de base dans les établissements de santé des 47 pays les moins avancés aurait un coût modique (0,30 USD par personne). L'augmentation des investissements dans ce domaine et dans les services énergétiques est un préalable essentiel si l'on veut engager une reprise écologique et respectueuse de la santé après la pandémie de COVID-19. L'amélioration des services WASH dans les établissements de santé va également jouer un rôle déterminant dans la riposte à la COVID-19 et le relèvement.

70. Toutes les Régions de l'OMS ont pris des mesures pour appliquer la résolution et apporter un soutien aux pays pour dresser un état des lieux de la situation, renforcer les normes, mener des formations et intégrer cette problématique dans les programmes de santé. Dans la Région africaine, 21 pays mettent en œuvre des programmes conjoints associant les programmes WASH et les programmes nationaux sur la prévention et la maîtrise des infections. À l'occasion d'un sommet qui s'est tenu en octobre 2020 dans la Région des Amériques, les dirigeants nationaux ont porté la question des services WASH dans les établissements de santé aux plus hauts niveaux décisionnels ; les pays ont été encouragés à participer à des formations conjointes sur les programmes WASH et la prévention et la maîtrise des infections. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le tableau de bord sur l'adéquation des services (« Fit for Service ») fournit des informations en temps réel sur les services WASH et d'autres indicateurs de la qualité des soins et une nouvelle gamme d'outils de sensibilisation permet aux pays d'influencer les politiques et les investissements. Dans la Région européenne, le Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux sert de cadre pour la détermination des cibles et le suivi des services WASH dans les établissements de santé. Cinq pays ont bénéficié d'un appui pour effectuer des analyses stratégiques et situationnelles qui ont conduit à l'intégration de différents aspects liés aux services WASH dans des politiques, normes et règlements et à la formulation de niveaux de services WASH avancés dans les établissements de santé. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les efforts se portent sur l'examen et le renforcement des services WASH dans les établissements de santé dans le contexte des situations d'urgence, notamment pour soutenir les interventions de prévention et de maîtrise des infections. Dans la Région du Pacifique occidental, la question des services WASH dans les établissements de santé figure désormais au premier rang des priorités et une série d'analyses de situation a été menée.

Prochaines étapes

71. L'OMS continuera de collaborer avec l'UNICEF et ses partenaires afin d'intensifier les efforts déployés pour appliquer les quatre principales recommandations figurant dans le rapport d'étape mondial. En outre, un groupe spécial mondial sur les services WASH dans les établissements de santé est en train d'être mis en place. Constitué de personnalités influentes, il mènera une action stratégique et de sensibilisation en vue d'apporter un soutien aux pays et de promouvoir les investissements.

I. PLAN D'ACTION SUR LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET LA SANTÉ DANS LES PETITS ÉTATS INSULAIRES EN DÉVELOPPEMENT (décision WHA72(10) (2019))

Contexte

72. La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a pris note du Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement.[1] Le présent rapport de situation est le premier sur ce plan.

73. Une initiative spéciale sur le changement climatique et la santé dans les petits États insulaires en développement a été présentée lors de la vingt-troisième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques en novembre 2017 et intégrée comme plateforme dans le treizième programme général de travail de l'OMS, 2019-2023. Le plan mondial est mis en œuvre par l'intermédiaire de plans d'action régionaux qui, à leur tour, influent sur le plan mondial.

74. Ce Plan vise à faire en sorte que, d'ici à 2030, tous les systèmes de santé des petits États insulaires en développement soient résilients face aux variations et changements climatiques, et compte quatre axes stratégiques d'intervention : Autonomisation : soutenir le leadership en santé dans les petits États insulaires en développement pour un engagement national et international ; Données : formuler des arguments en faveur de l'investissement ; Mise en œuvre : préparation aux risques climatiques, adaptation et politiques d'atténuation favorables à la santé ; Ressources : faciliter l'accès au financement des mesures sanitaires et d'atténuation des effets des changements climatiques.

Progrès accomplis par rapport aux quatre axes stratégiques d'intervention

75. Les progrès accomplis sont résumés ci-dessous suivant les huit indicateurs présentés dans le plan,[2,3] sur la base des données de l'enquête mondiale de l'OMS, de 2018, sur la santé et les changements climatiques.

Indicateur 1.1 – Un mécanisme de coordination des petits États insulaires en développement a été établi par le Secrétariat.

Indicateur 1.2 – Six petits États insulaires en développement ont soumis des plans nationaux d'adaptation à la plateforme centrale de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques ; ces six États ont fait de la santé une priorité dans leurs plans. Trente-quatre petits États insulaires en développement sur 40 ont fait de la santé une priorité dans

[1] Voir le document WHA72/2019/REC/1, annexe 3.

[2] Aux fins du plan d'action et du programme de travail du Secrétariat, les États Membres de l'OMS suivants sont pris en compte : Région africaine : Cabo Verde, Comores, Guinée-Bissau, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles ; Région des Amériques : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Cuba, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago ; Région de l'Asie du Sud-Est : Maldives, Timor-Leste ; Région de la Méditerranée orientale : Bahreïn ; Région du Pacifique occidental : Fidji, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Kiribati, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Nioué, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Singapour, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

[3] Les descriptions de ces indicateurs ont été affinées suite aux discussions avec les Régions concernées sur les bons indicateurs de performance.

leurs contributions déterminées au niveau national (premier cycle – 2015). Ces valeurs sont considérées comme des valeurs de référence.

Indicateur 2.1 – Vingt petits États insulaires en développement ont achevé les profils de pays relatifs à la santé et au changement climatique au titre de la Convention cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, ce qui représente une augmentation par rapport à la valeur de référence de 2018 pour six petits États insulaires en développement.

Indicateur 2.2 – Des données sur le nombre de centres collaborateurs qui contribuent activement à soutenir le plan d'action seront communiquées dans les prochains rapports de situation.

Indicateur 3.1 – Vingt-trois petits États insulaires en développement ont pris des mesures en faveur d'établissements de soins de santé résilients face aux changements climatiques et écologiquement durables.

Indicateur 3.2 – Sept petits États insulaires en développement sur les 22 pour lesquels des données sont disponibles disposent de plans nationaux ou de stratégies nationales sur la santé et les changements climatiques. La plupart d'entre eux ont indiqué que ces plans ou stratégies étaient largement mis en œuvre. Ces valeurs sont considérées comme des valeurs de référence.

Indicateur 4.1 – Treize des 22 petits États insulaires en développement pour lesquels des données sont disponibles reçoivent actuellement des fonds internationaux pour les changements climatiques et la santé. Ces valeurs sont considérées comme des valeurs de référence.

Indicateur 4.2 – 42 millions de dollars des États-Unis (USD) ont été reçus ou promis pour le secteur de l'action climatique et de la santé dans 24 petits États insulaires en développement depuis 2017. Environ 80 % de ces fonds ont été engagés ou approuvés en 2020-2021.[1]

Conclusions et activités à venir

76. La pandémie de COVID-19 a profondément perturbé l'économie et les systèmes de santé des petits États insulaires en développement. En outre, des catastrophes liées au climat ont continué de se produire, et les populations pauvres et vulnérables ont été particulièrement touchées par ces innombrables crises. Malgré tout, les résultats présentés ci-dessus montrent généralement que des progrès notables ont été réalisés dans tous les domaines dans les petits États insulaires en développement, bien qu'il y ait des disparités marquées entre les pays en termes de capacités techniques et/ou financières et de soutien assuré par l'OMS. Une collaboration plus étroite avec le Fonds vert pour le climat peut contribuer à atténuer ce problème.

77. Le Secrétariat a élargi le plan afin de tenir compte également des priorités sanitaires connexes des petits États insulaires en développement, dont les maladies non transmissibles, la nutrition, les soins de santé primaires intégrés et la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Le Directeur général prépare la création, en 2021, d'un groupe de dirigeants de petits États insulaires en développement afin de donner plus d'importance au dialogue sur la santé et d'accélérer les progrès vers les cibles fixées.

[1] Depuis la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, le Secrétariat a mobilisé 42 millions USD pour les changements climatiques et la santé dans 24 petits États insulaires en développement, avec le soutien du Fonds pour l'environnement mondial, de l'Union européenne et des Gouvernements de la République de Corée et de la Norvège. L'OMS a été acceptée en tant que « partenaire pour la préparation » au titre du Fonds vert pour le climat, et l'OMS/OPS a soutenu des candidatures qui ont abouti pour les projets de préparation du Fonds couvrant le Belize, le Guyana, Haïti, la Jamaïque, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis et la Trinité-et-Tobago. D'autres pays formulent actuellement des propositions.

L'OMS a prévu d'organiser en juin 2021 un sommet des petits États insulaires en développement sur la santé. Les résultats de ce sommet aideront à définir les aspects politiques des prochains grands rendez-vous, dont le Sommet sur les systèmes alimentaires, l'Assemblée générale des Nations Unies, la vingt-sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, le Sommet de la nutrition pour la croissance et une réunion ministérielle des petits États insulaires en développement sur les maladies non transmissibles.

= = =