Organisation mondiale de la Santé

**CONSEIL EXÉCUTIF**
**Cent trente-quatrième session**
**Point 13.2 de l'ordre du jour provisoire**

**EB134/53**
**6 décembre 2013**

# Rapports de situation

## Rapport du Secrétariat

### TABLE DES MATIÈRES

**Pages**

**Maladies transmissibles**

A. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 (résolution WHA64.14) ..... 3

B. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16) ..... 5

**Maladies non transmissibles**

C. Prévention des traumatismes chez l'enfant (résolution WHA64.27) ..... 7

**Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie**

D. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12) ..... 8

E. Mutilations sexuelles féminines (résolution WHA61.16) ..... 10

F. Risques pour la santé des jeunes (résolution WHA64.28) ..... 12

G. Mise en œuvre des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants (résolution WHA66.7) ..... 14

H. Changement climatique et santé (résolutions EB124.R5 et WHA61.19) ..... 15

**Systèmes de santé**

I. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : Stratégie et plan d'action mondiaux (résolution WHA61.21)..... 17

J. Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins (résolution WHA63.12)..... 20

K. Transplantation d'organes et de tissus humains (résolution WHA63.22)..... 23

L. Stratégie OMS de recherche pour la santé ..... 25

**Préparation, surveillance et intervention**

M. Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires (résolution WHA65.20)..... 27

**Services institutionnels/fonctions d'appui**

N. Multilinguisme : mise en œuvre du Plan d'action (résolution WHA61.12)..... 29

## Maladies transmissibles

## A. STRATÉGIE MONDIALE DU SECTEUR DE LA SANTÉ SUR LE VIH/SIDA, 2011-2015 (résolution WHA64.14)

1. Dans la résolution WHA64.14, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida, 2011-2015, et a demandé au Directeur général de présenter un rapport sur sa mise en œuvre.

2. Depuis le déploiement de la stratégie, le nombre de cas d'infections à VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a baissé de 2,7 millions en 2010 à 2,3 millions en 2012, tandis qu'une réduction globale de 33 % a été enregistrée depuis 2001. L'extension de la couverture par les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a entraîné une chute de 36 % du nombre de nouvelles infections chez l'enfant en 2012 par rapport à 2009. Fin 2012, 9,7 millions de personnes étaient sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit 1,6 million de plus que fin 2011 ; il s'agit de la croissance la plus rapide jamais enregistrée pour une seule année en matière d'accès au traitement antirétroviral, ce qui rend envisageable l'objectif des 15 millions de patients recevant ce traitement d'ici 2015. L'accès au traitement antirétroviral a contribué à réduire le nombre annuel de décès attribuables au sida, qui est passé de 1,8 million en 2010 à 1,6 million en 2012 ; on estime à 5,2 millions le nombre de décès évités entre 1996 et 2012. L'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral a aussi entraîné une baisse du nombre de décès dus à la tuberculose, et l'on estime que le nombre de vies sauvées a connu une augmentation, passant de 50 000 en 2005 à 400 000 en 2011. Le développement des services et de leur qualité a toutefois été inégal selon les Régions, les pays et les divers groupes de population.

3. En juin 2013, l'OMS a publié ses *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*[1] (lignes directrices regroupées de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH), où figurent de nouvelles recommandations sur : le dépistage du VIH et les activités de conseil en communauté ; le commencement plus précoce des traitements antirétroviraux ; le traitement de tous les enfants de moins de cinq ans et de toutes les femmes enceintes et allaitantes ; l'harmonisation des schémas thérapeutiques associés aux traitements antirétroviraux pour l'ensemble des populations ; l'utilisation de schémas thérapeutiques simplifiés et plus sûrs ; l'amélioration du suivi des patients et de la délégation des tâches ; la décentralisation ; et l'intégration des services. Les lignes directrices mettent l'accent sur les mesures suivantes : améliorer la qualité des interventions et des services pendant toute la durée des soins du VIH, notamment en intensifiant le dépistage et les activités de conseil ; faire participer les patients aux soins et aux traitements ; assurer le plus haut degré possible d'observance des traitements antirétroviraux ; veiller à ce que les patients restent sous traitement ; et prévenir et gérer les principales affections concomitantes. L'OMS a organisé des ateliers dans toutes les Régions afin de favoriser l'adoption et l'adaptation rapides des lignes directrices ; elle surveille en outre leur incidence sur les politiques nationales et les pratiques liées à l'utilisation de médicaments antirétroviraux.

[1] *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, consulté le 14 novembre 2013).

4. La riposte du secteur sanitaire au VIH devrait, pour être efficace, cibler les populations et les milieux présentant un risque élevé de transmission, de morbidité et de mortalité. Les populations à plus haut risque, notamment les utilisateurs de drogues par injection, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les femmes transgenre et les prisonniers ont rarement accès aux services de traitement du VIH. Des données réunies en 2011 concernant 21 pays d'Europe ont par exemple indiqué que 59 % des personnes pouvant bénéficier d'un traitement antirétroviral avaient contracté le virus en s'injectant des drogues, alors que les consommateurs de drogues injectables ne représentaient que 21 % des patients sous traitement. En 2014, l'OMS regroupera des indications concernant la prestation de services de santé à ces populations particulièrement touchées par le VIH afin de promouvoir l'équité en santé et les droits fondamentaux. L'Organisation favorise également les efforts visant à venir en aide à d'autres populations vulnérables, notamment par l'élaboration de deux ensembles de lignes directrices, qui portent sur la prestation de services de prise en charge de l'infection à VIH pour les adolescents et sur la prévention de la violence fondée sur le sexe. L'OMS a préqualifié un outil de circoncision masculine afin d'encourager la pratique volontaire de la circoncision masculine médicalisée à des fins de prévention du VIH en agissant au niveau de populations masculines vulnérables dans des milieux à forte prévalence.

5. Le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*[1] appelle à établir des liens plus forts entre les programmes sur le VIH, la santé de la mère et de l'enfant, et la planification familiale. Dans le cadre de ce plan, l'OMS a soutenu des programmes de traitement antirétroviral destinés à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans 22 pays à forte prévalence, en augmentant la couverture thérapeutique de 57 % en 2011 à 63 % en 2012. Il reste que seuls 34 % des enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral dans les pays où la charge de morbidité est la plus élevée étaient pris en charge en 2012 contre 68 % d'adultes. La collaboration actuelle entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH fournit un modèle d'approche intégrée, telle qu'elle est décrite dans la *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH – Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires.*[2]

6. L'OMS concentre ses programmes de lutte contre le VIH sur les priorités émergentes, telles que la prévention et la gestion des affections concomitantes. Elle a diffusé de nouvelles indications sur la prévention et la gestion de l'hépatite B et de l'hépatite C, en mettant l'accent sur la co-infection hépatite/VIH. Au vu de l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH, il est nécessaire de disposer de services de soins intégrés et adaptés aux affections chroniques. C'est pourquoi, l'OMS évaluera en 2014 la charge relative des maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH et décidera de la marche à suivre en termes d'orientation clinique et programmatique pour proposer des soins complets.

7. Le Secrétariat poursuivra sa collaboration avec les États Membres et les partenaires pour suivre la mise en œuvre de la Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida, 2011-2015.

---

[1] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*. Genève, 2011.

[2] Organisation mondiale de la Santé, *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH – Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires*. Genève, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789242503005_fre.pdf, consulté le 14 novembre 2013).

## B. ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE (résolution WHA64.16)

8. Faisant suite à la demande formulée dans la résolution WHA64.16 de rendre compte des progrès chaque année, le présent rapport fait le point sur l'éradication de la dracunculose.

9. À l'heure actuelle, 192 pays, territoires et zones ont été certifiés exempts de transmission de la dracunculose. Au 30 août 2013, 14 États Membres devaient encore être certifiés : quatre pays dans lesquels la maladie sévit à l'état endémique (Éthiopie, Mali, Soudan du Sud et Tchad), six pays en phase de précertification (Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Niger, Nigéria et Soudan) et quatre pays qui n'ont déclaré aucun cas de maladie récemment (Afrique du Sud, Angola, République démocratique du Congo et Somalie). La neuvième réunion de la Commission internationale pour la Certification de l'Éradication de la Dracunculose doit se tenir du 3 au 5 décembre 2013. Lors de la dix-septième réunion d'examen des programmes nationaux d'éradication de la dracunculose, tenue à Ouagadougou en avril 2013, les progrès accomplis en 2012 ont été examinés et des plans pour 2013 établis. Lors de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, une réunion informelle des ministres de la santé des pays où la dracunculose est endémique s'est tenue pour renforcer l'engagement en faveur de l'éradication.

10. Entre janvier et août 2013, le nombre de nouveaux cas déclarés de dracunculose est tombé à 115 cas contre 499 pour la même période en 2012, soit une diminution de 77 %. Les cas sont survenus dans 86 villages, tandis qu'en 2012 ils s'étaient produits dans 263 villages. Cela est dû principalement à une réduction de 80 % du nombre de nouveaux cas notifiés au Soudan du Sud pendant la période janvier-août, passé de 485 en 2012 à 96 en 2013. La transmission autochtone est désormais concentrée dans quelques zones des pays concernés.

11. La flambée survenue au Tchad s'est poursuivie pour la quatrième année, avec huit nouveaux cas déclarés entre janvier et août 2013, dans huit villages ; sept ont été confinés et plus de 700 villages ont été maintenus sous surveillance active avec l'aide du Carter Center. Des vers qu'il est impossible de distinguer morphologiquement de ceux que l'on trouve chez l'homme ont été découverts chez des chiens dans la même zone à risque au cours de l'année écoulée et des échantillons font actuellement l'objet d'une étude épidémiologique. Le Secrétariat a fourni un soutien technique au Tchad pour renforcer la surveillance de la dracunculose et sensibiliser au système des récompenses au-delà des villages sous surveillance active. Toutefois, un appui accru est nécessaire pour ces activités et pour le confinement des cas.

12. En Éthiopie, une transmission de faible intensité s'est poursuivie dans la région de Gambella. Entre janvier et août 2013, six nouveaux cas ont été signalés dans quatre villages, contre trois cas en 2012. Quatre des nouveaux cas ont été confinés. Un soutien est nécessaire en ce qui concerne le renforcement de la surveillance et la sensibilisation aux systèmes des récompenses, notamment le long de la frontière avec le Soudan du Sud. Le Secrétariat s'emploie à lier la surveillance de la dracunculose aux interventions de grande échelle en cours, telles que la cartographie des maladies tropicales négligées et la distribution de médicaments à base communautaire. Toutefois, une réponse concertée et déterminée des autorités locales s'impose également pour veiller à ce que toutes les rumeurs fassent l'objet d'une enquête et que les nouveaux cas soient confinés.

13. Le Mali est le seul pays d'Afrique de l'Ouest où la transmission de la dracunculose se poursuit. Entre janvier et août 2013, quatre nouveaux cas ont été signalés dans trois villages de deux districts. Un cas a été confiné. Le même nombre de cas a été déclaré en 2012. Depuis mars 2012, les problèmes de sécurité dans le nord du pays ont interrompu le programme national d'éradication, même si les groupes d'aide humanitaire des Nations Unies ont facilité une surveillance intermittente. Une amélioration récente de la sécurité a permis de renforcer la surveillance. Celle-ci a également été intensifiée dans des camps de réfugiés maliens au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger afin de

prévenir toute nouvelle propagation de la maladie. Dans le cadre de cet effort, le Secrétariat a fourni un soutien technique et financier pour renforcer les capacités parmi les personnels de santé et a entrepris un programme à l'échelle du pays pour sensibiliser les communautés au système des récompenses en espèces pour accroître la sensibilité du système de surveillance. Néanmoins, un soutien accru est nécessaire pour rétablir ou accroître la surveillance à mesure que la situation s'améliorera sur le plan de la sécurité, et pour faire connaître plus largement le système des récompenses.

14. Le Soudan du Sud a représenté 83 % des cas de dracunculose notifiés entre janvier et août 2013. Soixante-dix villages ont déclaré au total 96 nouveaux cas, dont 68 % ont été confinés. On a compté 80 % de cas en moins que pendant la même période en 2012, où 485 cas avaient été signalés. L'OMS, l'UNICEF et le Carter Center soutiennent le programme national en vue d'interrompre la transmission et fournissent un soutien technique pour renforcer la surveillance de la dracunculose, notamment en ce qui concerne le développement des capacités, le renforcement de l'encadrement, l'investigation des rumeurs, l'éducation pour la santé et la coordination. Toutefois, un soutien reste nécessaire afin d'accroître encore le confinement des cas et la surveillance, y compris dans les zones limitrophes du Soudan, et pour renforcer la surveillance à travers la déclaration volontaire des cas grâce à l'introduction du système des récompenses.

15. En juin 2013, un cas de dracunculose a été signalé au cours d'une campagne d'éradication de la poliomyélite dans la région méridionale du Darfour au Soudan, à la frontière avec le Soudan du Sud. Ce cas a par la suite été confirmé en laboratoire comme étant dû à *Dracunculus medinensis.* Le dernier cas autochtone au Soudan a été déclaré en 2002 et le dernier cas importé en 2007. Le Secrétariat fournit un soutien technique et financier au Soudan pour accroître la surveillance de la dracunculose à travers un renforcement de la surveillance et de l'intervention intégrées des maladies, dans le cadre d'une méthode de recherche porte à porte pendant la campagne de vaccination contre la poliomyélite et en sensibilisant la communauté au système des récompenses en espèces pour la déclaration volontaire de cas. Toutefois, un soutien supplémentaire est nécessaire pour renforcer la surveillance et la sensibilisation au système des récompenses, y compris dans les régions difficiles d'accès, telles que les régions limitrophes du Soudan du Sud et du Tchad.

16. La surveillance soutenue par l'OMS s'est poursuivie dans les régions exemptes de dracunculose dans les quatre pays où la maladie reste endémique et dans les six pays au stade de la précertification, et a été complétée par un système de récompenses pour la déclaration volontaire d'informations conduisant à la confirmation de cas de dracunculose. En outre, les enquêtes porte à porte utilisées au cours des journées nationales de vaccination et des campagnes d'administration de masse de médicaments ont été utilisées pour la recherche des cas de dracunculose. La mise en commun de l'information et la surveillance transfrontières par les pays d'endémie et les pays limitrophes exempts de dracunculose ont été rationalisées et intensifiées.

17. Tous les pays dans lesquels la maladie est endémique et ceux qui en sont au stade de la précertification ont soumis des rapports mensuels à l'OMS. Parmi les 10 pays concernés, 87 % des districts ont envoyé des rapports mensuels entre janvier et août 2013. Au cours de la même période, un total de 2532 rumeurs ont été signalées, dont 2105 (83 %) ont fait l'objet d'une enquête dans les 24 heures qui ont suivi. Les pays sont encouragés à rendre compte de la mesure dans laquelle les personnes connaissent le système des récompenses proposées pour une déclaration volontaire.

18. Parmi les pays au stade de la postcertification, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République centrafricaine, le Sénégal et le Togo ont présenté des rapports trimestriels en 2013. Les pays au stade de la postcertification devraient poursuivre leur surveillance dans le cadre des systèmes de surveillance sanitaire et à base communautaire et réagir immédiatement face à tout cas suspect ou rumeur.

## Maladies non transmissibles

## C. PRÉVENTION DES TRAUMATISMES CHEZ L'ENFANT (résolution WHA64.27)

19. Dans sa résolution WHA64.27, l'Assemblée mondiale de la Santé a notamment prié le Directeur général de fournir un appui normatif et technique, d'accroître les capacités personnelles et institutionnelles pour prévenir et combattre les traumatismes chez l'enfant et de renforcer les politiques et les programmes fondés sur des bases scientifiques visant à prévenir et atténuer les conséquences de ces traumatismes. Elle a également prié le Directeur général de mettre en place un réseau pour assurer une coordination et une mise en œuvre efficaces des activités de prévention des traumatismes chez l'enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

20. L'OMS a sondé par voie électronique les parties prenantes sur la question de la constitution d'un réseau concernant les traumatismes chez l'enfant et organisé une consultation avec l'UNICEF, des partenaires techniques, des organisations non gouvernementales et des universitaires. La consultation a appuyé avec force l'idée d'un tel réseau, parvenant à un consensus sur trois priorités à savoir : mieux faire connaître les traumatismes de l'enfant, offrir des occasions d'échanger des données techniques et assurer le renforcement des capacités. Le mandat a été mis au point et des objectifs stratégiques sont en train d'être définis pour les deux premières années d'activités.

21. Le renforcement des capacités institutionnelles et personnelles a constitué une préoccupation stratégique. L'OMS a mis au point un certain nombre de moyens de formation dans le domaine spécifique de la prévention des traumatismes chez l'enfant et notamment : un cours de formation en ligne sur le sujet dans le cadre du programme de cyber-apprentissage TEACH-VIP ; une nouvelle série de leçons sur les traumatismes chez l'enfant dans le cadre de TEACH-VIP 2 ; la dernière version d'un programme de formation complet actuellement utilisé dans plus d'une centaine de pays, et un bref cours de trois jours sur la prévention des traumatismes chez l'enfant. Les soins d'urgence et les services de réadaptation dont ont besoin les enfants victimes de ces traumatismes ont également été traités dans deux brefs cours VIP supplémentaires, consacrés l'un à la planification et à la prise en charge traumatologiques et l'autre à l'amélioration de la qualité des systèmes de soins de traumatologie.

22. Les moyens de formation susmentionnés couvrent le transfert des connaissances. L'OMS a en outre accordé un niveau de priorité élevé au renforcement des compétences dans le domaine de la prévention des traumatismes chez l'enfant dans le cadre de MENTOR-VIP, un programme mondial de mentorat coordonné par le Secrétariat. Ce programme de mentorat à distance a mis en place des mentorats couvrant la programmation liée aux traumatismes de l'enfant, la collecte de données ou la recherche concernant les traumatismes chez l'enfant au Nigéria, au Pakistan, aux Philippines et en République-Unie de Tanzanie.

23. Des ateliers régionaux de renforcement des capacités sur des aspects liés aux traumatismes chez l'enfant ont été organisés jusqu'ici dans l'ensemble des Régions de l'OMS, sauf celle des Amériques. Il s'agissait avant tout d'améliorer la base de connaissances des points focaux nationaux pour les traumatismes, des responsables politiques et du personnel des établissements pertinents et des organisations non gouvernementales.

24. Des progrès ont été réalisés sur la programmation et les politiques fondées sur des bases scientifiques, un nombre restreint mais non négligeable de pays ayant par exemple adopté des lois sur les dispositifs de retenue pour enfants. D'autres pays devront les imiter et il faudra améliorer l'application de ces lois partout dans le monde. Le *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le*

*monde, 2013*[1] met l'accent sur ces questions et apporte des recommandations et un soutien aux États Membres pour qu'ils adoptent et appliquent des lois sur les dispositifs de retenue pour enfants.

25. En ce qui concerne l'intégration de la prévention des traumatismes chez l'enfant dans le cadre plus large de la programmation de la santé de l'enfant, des membres du personnel du Siège et du Bureau régional ont collaboré à la mise au point du cadre stratégique de la prévention des traumatismes chez l'enfant et l'adolescent dans la Région de la Méditerranée orientale. Le cadre vise à appuyer les efforts des ministères de la santé, en partenariat avec d'autres secteurs clés, pour éviter les traumatismes chez l'enfant et l'adolescent et appliquer les recommandations du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant.*[2]

26. De même, le Bureau régional du Pacifique occidental a intégré la prévention des traumatismes chez l'enfant dans le cadre d'une approche fondée sur la vie entière pour les ressources consacrées aux soins de santé primaires et cette approche fait l'objet d'une étude pilote en République démocratique populaire lao et aux Philippines. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des membres du personnel du Siège et du Bureau régional ont appuyé activement l'intégration de la prévention des traumatismes chez l'enfant à la programmation de la santé de la mère et de l'enfant à Sri Lanka, en se prévalant des succès obtenus à cet égard en Thaïlande.

### Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie

## D. SANTÉ GÉNÉSIQUE : STRATÉGIE POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS EN VUE DE LA RÉALISATION DES OBJECTIFS ET CIBLES DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAUX (résolution WHA57.12)

27. Dans le cadre du soutien technique aux pays pour la mise en œuvre de la stratégie de santé génésique, le Secrétariat a collaboré avec l'UNFPA dans le cadre de son enquête mondiale pour examiner les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement, et en participant aux conférences régionales au cours desquelles les résultats de l'enquête ont été examinés.

28. L'enquête a indiqué que des progrès avaient été faits. La plupart des 176 pays qui ont répondu ont déclaré avoir mis en œuvre toute une série de réglementations et de stratégies pour renforcer la santé sexuelle et génésique et les droits correspondants des personnes : stratégies nationales de santé génésique, maternelle et néonatale, et de planification familiale ; inclusion de la santé sexuelle et génésique dans les programmes sociaux ; dépistage précoce et prévention primaire du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein ; lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles ; prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque ; et amélioration de la santé sexuelle et génésique des jeunes.

29. Cependant, les pays ont indiqué qu'une attention accrue était requise dans les domaines suivants : l'accès à des services de santé sexuelle et génésique complets pour les adolescents et les jeunes, les groupes vulnérables et les personnes handicapées ; l'intégration de la santé sexuelle et génésique et des services relatifs au VIH/sida ; la prévention et la prise en charge des conséquences de

[1] *Global status report on road safety: supporting decade of action.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (résumé en français sous le titre Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, 2013 : soutenir une décennie d'action).

[2] *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes de l'enfant.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

l'avortement à risque ; la mortalité maternelle ; les inégalités entre les sexes ; la violence à l'encontre des femmes ; les cancers liés à la procréation ; et la participation des hommes. Le Secrétariat a continué à fournir un appui afin de renforcer l'action pour combler les lacunes restantes. Par exemple, des lignes directrices cliniques et des orientations ont été publiées au sujet de la prévention des grossesses précoces, de la réponse à la violence exercée par un partenaire intime et à la violence sexuelle à l'encontre des femmes, et de l'avortement à risque.

30. Des progrès variables et inégaux ont également été observés en ce qui concerne les effets sur la santé génésique. C'est le cas pour la mortalité maternelle dans toutes les Régions. Entre 1990 et 2010, la baisse annuelle du taux mondial de mortalité maternelle a été de 3,1 %. Dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, la baisse a été estimée à 5,2 %, tandis que dans les Régions africaine et de la Méditerranée orientale elle a été de 2,7 % et 2,6 %, respectivement. En 1990, près de 43 % des décès maternels dans le monde sont survenus en Asie du Sud et 35 % en Afrique subsaharienne ; en 2010, la situation s'est inversée avec, selon les estimations, 29 % des décès maternels survenant en Asie du Sud et 56 % en Afrique subsaharienne.

31. L'accès aux soins lors de la grossesse et de l'accouchement est essentiel pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé des mères. Selon les dernières données disponibles, la proportion d'accouchements pratiqués par un professionnel de santé qualifié a augmenté au niveau mondial, passant de 61 % dans les années 1990[1] à 70 % entre 2005 et 2012.[2] Les inégalités peuvent être liées au lieu de résidence : la valeur médiane de la proportion d'accouchements pratiqués par un professionnel de santé qualifié est de 61 % en milieu rural contre 88 % en milieu urbain.[2]

32. La réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et l'amélioration de l'accès à la contraception permettraient d'éviter jusqu'à un tiers des décès maternels.[3] Le recours à la contraception a augmenté dans le monde, passant de 55 % en 1990 à plus de 60 % en 2010.[4] Néanmoins, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans (mariées ou vivant en concubinage), près de 146 millions qui souhaitaient retarder une grossesse ou ne plus avoir d'enfants n'avaient accès à aucune forme de planification familiale, et 222 millions n'avaient pas accès à des contraceptifs modernes. Répondre aux besoins de planification familiale contribue à l'autonomisation des femmes et à l'égalité entre les sexes en renforçant leurs chances de participer à la vie économique. Assurer la sécurité des produits contraceptifs figure parmi les éléments essentiels de la stratégie mondiale mise en place pour répondre aux besoins de contraception non satisfaits. Le Secrétariat, entre autres, a activement soutenu la mise en œuvre des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.

33. Les adolescents constituent un groupe de population particulièrement exposé aux conséquences sanitaires et sociales préjudiciables. Le taux de natalité chez les adolescentes reste élevé en Afrique subsaharienne (118 naissances pour 1000 femmes de 15 à 19 ans) ;[5] il en est de même pour l'Amérique latine et les Caraïbes et l'Asie du Sud (79 et 46 naissances pour 1000 femmes de 15 à 19 ans, respectivement).[5] Afin de soutenir les efforts visant à réduire la fécondité élevée des

[1] Statistiques sanitaires mondiales 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

[2] Statistiques sanitaires mondiales 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

[3] Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 2006; 368: 1810-1827.

[4] Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *The Lancet,* 2013; 381: 1642-1652.

[5] Objectifs du Millénaire pour le développement, rapport de 2013. Annexe statistique. New York, Nations Unies, 2013.

adolescentes, le Secrétariat soutient activement les États Membres pour la mise en œuvre de ses lignes directrices visant à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive.[1]

34. L'amélioration des connaissances des adolescentes et de leur compréhension de la santé sexuelle et génésique, VIH/sida compris, ainsi que le développement de leurs compétences essentielles pour leur permettre de prendre en charge leur propre santé, sont des mesures essentielles pour répondre à leurs besoins et leur permettre d'exercer leurs droits. À l'heure actuelle, moins de 40 % des jeunes hommes des régions en développement savent que l'utilisation du préservatif et l'abstinence ou la fidélité à un seul partenaire non infecté sont des moyens efficaces d'éviter les infections sexuellement transmissibles. La proportion de jeunes hommes déclarant avoir utilisé un préservatif à leur dernier rapport sexuel à risque allait de 37,2 % en Asie du Sud à 76,2 % dans le Caucase et en Asie centrale. Les programmes d'éducation sexuelle s'avèrent efficaces pour réduire les comportements sexuels à risque.[2] Le Secrétariat a réalisé des études de cas d'exemples réussis de développement de l'éducation sexuelle pour faciliter les échanges Sud-Sud de ces meilleures pratiques.

35. Outre les activités spécifiques susmentionnées, au Sommet de Londres sur la planification familiale en juillet 2012, le Secrétariat a exprimé son attachement aux objectifs du Sommet, à savoir : renforcer la base de connaissances et les normes pour des politiques et des programmes efficaces afin d'élargir l'accès à des services de qualité. Dans le cadre de cet engagement, des lignes directrices sont en cours d'élaboration pour garantir une approche fondée sur les droits des programmes de planification familiale alors que se développent les services de contraception.

## E. MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES (résolution WHA61.16)

36. Pour donner suite à la résolution WHA61.16, le Secrétariat collabore avec les États Membres et ses partenaires internationaux, régionaux et nationaux afin d'éliminer la pratique des mutilations sexuelles féminines. Le présent rapport met en lumière les progrès accomplis depuis 2011.

37. De récentes analyses suggèrent que la prévalence des mutilations sexuelles féminines a baissé,[3] en particulier en République centrafricaine et au Kenya, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans. Toutefois, les travaux doivent être intensifiés dans les nombreux pays où la prévalence de ces pratiques reste élevée. Le nombre total de filles et de femmes qui ont subi une mutilation sexuelle féminine dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale est estimé à plus de 125 millions.[3] Dans l'Union européenne, les taux varient selon les pays.[4]

[1] WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive heatlh outcomes among adolescents in developing countries. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (en anglais avec résumé en français).

[2] Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet* 2006; 368: 1706-1728.

[3] Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, juillet 2013.

[4] Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Report. Vilnius: European Institute for Gender Equality, 2013.

38. En septembre 2013, au total 24 pays des Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale avaient fait de la pratique un délit.[1] Une législation dans ce sens a été adoptée en Guinée-Bissau et au Kenya en 2011, et en Somalie en 2012. En 2011, 141 cas ont été poursuivis au Burkina Faso, en Érythrée, en Éthiopie, au Kenya, en Ouganda, au Sénégal et au Soudan.[2] La Gambie et la Mauritanie ont soumis des projets de textes législatifs faisant de la pratique un délit à leurs organes législatifs respectifs.

39. Depuis le dernier rapport de situation en 2011, des programmes ont été mis sur pied par les États Membres contre les mutilations sexuelles féminines, dont une initiative pour protéger les petites filles nouveau-nées au Soudan, et l'inclusion de la mutilation sexuelle féminine dans les programmes d'étude nationaux au Sénégal. La Journée internationale de la tolérance zéro pour la mutilation sexuelle féminine, organisée chaque année le 6 février, offre la possibilité aux pays de s'engager activement dans la sensibilisation à cette pratique.[3]

40. Depuis 2010, des milliers de communautés en Afrique ont déclaré publiquement leur décision d'abandonner la mutilation sexuelle féminine.[2] D'autres rites de passage approuvés par la communauté et conçus pour favoriser l'abandon de la pratique ont été introduits en Gambie, au Kenya, en Ouganda, en Somalie et en République-Unie de Tanzanie. Le soutien en faveur de l'élimination de mutilations sexuelles féminines a également augmenté parmi les chefs religieux. En 2011, les chefs religieux de huit pays d'Afrique de l'ouest, d'Égypte et du Soudan ont condamné la pratique.[2] En 2012, 4178 chefs religieux et traditionnels de 15 pays africains[4] se sont publiquement opposés aux mutilations sexuelles féminines,[5] et 730 chefs religieux de huit pays africains[6] ont dénoncé tout lien entre mutilation sexuelle féminine et religion.[5]

41. En 2012, le programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations sexuelles féminines a soutenu la formation de 2690 professionnels de santé à la gestion des complications découlant de cette pratique.[5] En outre, le Conseil de l'Union européenne a adopté le Cadre stratégique et plan d'action de l'Union européenne en matière de droits de l'homme et de démocratie, qui porte également sur les mutilations sexuelles féminines.

42. Le Secrétariat a continué à diriger et soutenir les efforts nationaux et internationaux pour éliminer les mutilations sexuelles féminines, en particulier en ce qui concerne le dialogue au plan des politiques, le renforcement des systèmes d'information pour suivre les progrès, la sensibilisation et la recherche, y compris en Éthiopie et au Nigéria, la recherche sur les conséquences psychosociales des

---

[1] Les pays ayant adopté des lois et/ou des décrets contre l'excision/mutilation sexuelle féminine et où cette pratique est concentrée sont les suivants : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Somalie, Soudan, Tchad, Togo et Yémen. Le Cameroun, la Gambie, le Mali et la Sierra Leone n'ont adopté aucune loi contre les mutilations sexuelles féminines.

[2] UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting. Accelerating change. Annual report, 2011. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2012.

[3] La Journée internationale est observée par les pays suivants : Burkina Faso, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Ouganda, Sénégal, Somalie et Soudan.

[4] Burkina Faso, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Ouganda, Sénégal, Somalie et Soudan.

[5] UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating change. Scaling up a comprehensive approach to abandonment in 15 African countries. Annual Report, 2012. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

[6] Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Kenya, Mauritanie et Sénégal.

mutilations sexuelles féminines, et, en Sierra Leone, la recherche sur la relation entre fistule et mutilation sexuelle féminine. Le Secrétariat a par ailleurs passé en revue différentes approches pour : i) promouvoir l'abandon de la pratique,[1] et ii) assurer l'évaluation de sa prévalence[2] et faire la synthèse des données dont on dispose. L'OMS, en collaboration avec l'UNFPA et d'autres partenaires, a soutenu la création du Centre africain de coordination pour l'abandon de la mutilation sexuelle féminine, hébergé par l'Université de Nairobi.

43. Le Secrétariat fournit un soutien technique au Soudan pour la mise en œuvre d'une initiative de lutte contre les mutilations sexuelles féminines sur plusieurs années, en coopération avec le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. En 2012, le Secrétariat a également contribué à l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies d'une résolution visant à intensifier les efforts mondiaux pour éliminer les mutilations sexuelles féminines.[3]

## F. RISQUES POUR LA SANTÉ DES JEUNES (résolution WHA64.28)

44. Les principales causes de décès chez les personnes âgées de 10 à 19 ans sont le suicide, les accidents de la route, le sida, les maladies diarrhéiques et les affections maternelles.[4] Les résultats d'une enquête portant sur les 13-15 ans[5] montrent que la prévalence de la consommation d'alcool et des épisodes de surconsommation avant l'âge légal est en augmentation, la prévalence de la consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours atteignant 60 % dans certains pays dans ce groupe d'âge. Le surpoids et l'obésité sont également en progression dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en milieu urbain, la prévalence de l'obésité chez les 13-15 ans atteignant 30 % dans certains milieux. La prévalence du tabagisme (consommation de cigarettes) chez les 13-15 ans atteint 44 %,[6] tandis que 41 % des membres de ce groupe d'âge sont régulièrement exposés à la fumée du tabac.[7] Il y aurait également dans ce groupe d'âge une forte exposition au harcèlement, jusqu'à 70 % des cas dans certains milieux pouvant être associés à des troubles psychiatriques à l'âge adulte. Au niveau mondial, deux facteurs de risque dominent la morbidité chez les adolescentes : les rapports sexuels non protégés, qui entraînent des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et l'absence de contraception, qui entraîne des grossesses à haut risque. Les conséquences des mariages précoces et les besoins des adolescents vivant avec le VIH sont également désormais reconnus.

---

[1] Johansen REB, Nafissatou JD, Laverack G, Leye L. What works and what does not: a discussion of popular approaches for the abandonment of female genital mutilation. Obstet Gynecol Int. 2013; 2013:348248.

[2] Yoder PS, Wang S, Johansen E. Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen. Stud Fam Plann. 2013; 44(2) : 189-204.

[3] Résolution 67/146 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

[4] Global Health Observatory (GHO) [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (www.who.int/gho, consulté le 21 octobre 2013).

[5] Global school-based student health survey (GSHS) [siteWeb]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/chp/gshs/en/, consulté le 21 octobre 2013).

[6] Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes – rapports de pays. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/country_reports/en/, consulté le 21 octobre 2013).

[7] Estimation mondiale de la charge de morbidité due au tabagisme passif. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

45. Ces problèmes sont pris en compte dans les politiques de santé de nombreux États Membres, la majorité concernant principalement la santé génésique et le VIH/sida.[1] Au niveau mondial, 169 pays ont mis en œuvre au moins l'une des mesures de réduction de la demande de tabac. Les données concernant les politiques nationales antitabac montrent qu'au niveau mondial 16 % des adolescents sont protégés par une législation globale antitabac et 10 % sont protégés par des interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage.[2] La majorité des pays de la Région européenne appliquent partiellement ou pleinement les politiques restreignant le marketing d'aliments et de boissons auprès des enfants et des adolescents.[3] La fixation de limites inférieures d'alcoolémie (≤0,02 g/dL) est un moyen efficace de réduire les accidents liés à la conduite en état d'ébriété dans ce groupe d'âge et cette politique est appliquée à ce jour dans 42 pays (23 %).[4] La vaccination des adolescents contre le tétanos, le méningocoque, la rubéole et la rougeole varie selon les pays ; l'introduction du vaccin anti-PVH a sensibilisé à la nécessité de la vaccination pendant l'adolescence.

46. L'importance d'une intervention précoce pour prévenir le suicide chez les jeunes a été mise en lumière dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, adopté par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, de même que dans le Cadre mondial de suivi pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Ce cadre comporte des indicateurs particuliers concernant la consommation d'alcool et de tabac, l'exercice physique, le surpoids et l'obésité chez les adolescents. Des lignes directrices techniques ont été élaborées en collaboration avec nos partenaires des Nations Unies, la société civile et les jeunes. Ainsi, l'OMS a élaboré des recommandations concernant la prévention des grossesses précoces et des problèmes de santé génésique chez les adolescentes ; le dépistage et le conseil concernant le VIH et les soins pour les adolescents vivant avec le VIH ; et la prise en charge des affections spécifiquement liées au stress, y compris plusieurs recommandations concernant les adolescents. La mise en œuvre des stratégies existantes s'appliquant aux jeunes sera abordée dans les rapports mondiaux sur l'alcool, le suicide ou la prévention de la violence et dans un rapport intitulé *La santé des adolescents dans le monde,* qui sera publié par l'OMS en 2014.

47. Les mécanismes actuels de coordination des activités liées à la santé des jeunes à l'échelle de l'Organisation sont insuffisants. La pénurie de ressources humaines et financières a eu un effet particulièrement préjudiciable sur la fourniture d'un soutien systématique aux pays pour la mise en œuvre des stratégies existantes. Le Bureau régional de l'Afrique s'est attaqué au problème en recrutant récemment un conseiller pour la santé des adolescents chargé d'apporter un appui aux pays. Des références à la santé des jeunes apparaissent dans plusieurs catégories du budget programme 2014-2015, approuvé par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé (qui contient également un indicateur concernant les taux de natalité chez les adolescentes).

---

[1] Près de 84 % des politiques de santé nationales recensées dans la base de données OMS des cycles de planification des pays contiennent une référence aux adolescents (http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources_database/en/, consulté le 21 octobre 2013).

[2] Rapport OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

[3] Marketing des aliments à haute teneur en matières grasses, en sel et en sucre ciblant les enfants : bilan pour 2012-2013. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2013.

[4] Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde, 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

## G. MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION DES NATIONS UNIES SUR LES PRODUITS D'IMPORTANCE VITALE POUR LES FEMMES ET LES ENFANTS (résolution WHA66.7)

48. Faisant suite à la résolution WHA66.7, le rapport récapitule les progrès accomplis dans le suivi des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants. Il décrit les activités que l'OMS entreprend en collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies, les organismes de réglementation nationaux, régionaux et internationaux et d'autres partenaires pour faire en sorte que les femmes et les enfants vulnérables aient accès à des produits sûrs et de qualité.

49. En étroite coordination avec l'UNICEF et L'UNFPA, l'OMS a continué de soutenir la préparation de plans reposant sur des données factuelles et sur les besoins dans le domaine de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant à l'appui de la mise en œuvre des recommandations de la Commission dans huit pays pionniers.[1] Ces travaux ont abouti notamment à la mise au point par le Nigéria d'un cadre complet d'accès aux produits d'importance vitale qui établit l'amoxicilline comme le seul traitement de première intention pour la pneumonie, prévoit l'utilisation de tous les produits pertinents pour les nouveau-nés dans le cadre de la politique de répartition des tâches, actualise les listes de médicaments essentiels au niveau fédéral et des États, et élabore des programmes de formation harmonisés.

50. Un soutien technique ainsi qu'au niveau des politiques et de la réglementation est fourni au titre des activités destinées à améliorer l'accès aux produits d'importance vitale. La liste modèle OMS des médicaments essentiels a été actualisée et comprend : i) des clarifications sur l'utilisation de la chlorhexidine ; et ii) une liste de corticostéroïdes à usage prénatal. Les directives thérapeutiques sur les soins aux nouveau-nés ont été actualisées afin d'aider les agents de santé à dispenser des traitements sûrs et efficaces au moyen de produits d'importance vitale et un guide complet a été rédigé pour améliorer l'accès aux informations essentielles. Des stratégies d'appui aux pays ont été mises en place pour adapter ces informations et soutenir la révision par les États Membres des politiques nationales sur la base de données factuelles.

51. En juin, le Secrétariat a organisé des processus de collaboration avec les pays afin d'élaborer des spécifications pour les produits et dispositifs médicaux à usage pédiatrique et définir la procédure réglementaire et de contrôle de qualité pertinente. Lorsqu'il n'existe pas d'approbation par des systèmes de réglementation, des comités d'experts sont convoqués pour garantir la qualité et faciliter l'achat rapide des produits de santé génésique vitaux. Des enquêtes sont en cours pour établir le statut des produits visés au regard de la réglementation et de la qualité. Les produits disponibles sur le marché local ont été échantillonnés afin de mieux cibler l'assistance technique, les efforts d'action sur le marché et les approches fondées sur le risque. Un soutien technique a été fourni aux fabricants produisant du zinc, des sels de réhydratation orale et de l'amoxicilline pour les aider à obtenir l'approbation des organismes de réglementation.

[1] Éthiopie, Malawi, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Sierra Leone.

52. Au niveau mondial, l'OMS a joué un rôle actif dans la formation et la constitution permanente de comités d'orientation sur la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.[1] Le comité d'orientation est un groupe informel qui a pour but d'aligner et d'harmoniser les flux de financement mondiaux en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'apporter une meilleure réponse aux demandes des pays et de combler les lacunes existantes, y compris en mobilisant des financements complémentaires pour un plan particulier au pays et en faisant en sorte que les initiatives mondiales soient adaptées à celui-ci. À cette fin, une équipe constituée pour une durée limitée est chargée de passer en revue les processus de collaboration avec les pays pour mobiliser des financements, notamment auprès du Fonds fiduciaire pour l'innovation et les résultats sanitaires (Result Innovation Trust Fund), l'initiative H4+ et le tout récent Fonds fiduciaire pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

53. À l'appui des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé des femmes et des enfants, l'OMS et ses partenaires s'emploient également à mieux rationaliser la mesure des résultats et la redevabilité à l'égard des diverses initiatives dans le cadre de la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'ONU pour la santé des femmes et des enfants, en se basant sur les sept principes appliqués par le Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes (IHP+). Dans le cadre de son soutien au Groupe d'examen indépendant d'experts, l'OMS soumet des informations sur les progrès accomplis eu égard aux recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.

## H. CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ (résolutions EB124R.5 et WHA61.19)

54. Le présent rapport fait suite à la demande adressée par le Conseil exécutif au Directeur général dans la résolution EB124.R5, par laquelle celui-ci est prié de présenter chaque année un rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA61.19 et du plan de travail concernant le changement climatique et la santé.

55. Le Secrétariat a concentré ses activités de sensibilisation sur le renforcement de la résilience des systèmes de santé ; sur la préservation des déterminants environnementaux de la santé, comme l'eau et les services d'assainissement ; et sur la réduction de la charge de morbidité résultant de la pollution atmosphérique, tout en réduisant l'émission de gaz à effet de serre. Plusieurs manifestations ont fourni l'occasion d'attirer l'attention sur les liens entre les différents éléments, notamment les réunions ministérielles au niveau régional sur la santé et l'environnement ainsi que les séances préparatoires qui les ont précédées ; certaines manifestations de niveau ministériel, dont : i) la réunion sur la santé, la pollution atmosphérique et le changement climatique, qui s'est tenue pendant la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, et ii) la réunion sur l'amélioration de la santé et de la résilience au changement climatique, organisée lors de la dix-neuvième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, l'OMS ayant assuré des formations et parrainé des représentants du secteur de la santé en vue de prendre part aux négociations

[1] Les membres du comité d'orientation sont les représentants des donateurs et pays bénéficiaires suivants : le Canada, l'Éthiopie, la France, le Nigéria, la Norvège, le Sénégal, la Suède, la République-Unie de Tanzanie et le Bureau exécutif du Secrétaire général de l'ONU, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque mondiale, le Bureau de l'Envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU pour le financement des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et pour le paludisme, la Fondation des Nations Unies, le Partenariat pour la santé de la mère et de l'enfant, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'alliance GAVI, la Fondation Bill & Melinda Gates, the Agency for International Development des États-Unis d'Amérique et l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé.

dans ce contexte. Le Secrétariat a aussi collaboré à l'organisation d'un sommet s'adressant aux organisations non gouvernementales actives dans le domaine de la santé et du changement climatique.[1]

56. L'OMS a continué d'être le fer de lance de la composante santé de la riposte des Nations Unies au changement climatique par le biais du processus de négociation de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, de mécanismes régionaux de coordination, et en tant qu'organisme chef de file en matière de santé auprès des équipes de pays des Nations Unies. Ses principaux partenaires comprennent le Secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, le PNUD, l'OMM et le PNUE, des organes et organismes régionaux et sous-régionaux (par exemple la Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale des Nations Unies, la Ligue des États arabes et l'Union européenne), des agences bilatérales de développement et des centres collaborateurs de l'OMS. Les partenariats concernent une vaste gamme de domaines programmatiques, parmi lesquels l'application d'informations sur le changement climatique aux activités liées à la santé, en association avec l'OMM, la conception de matériels didactiques en collaboration avec l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche, et la mise en œuvre de projets de pays aux côtés du PNUD. L'OMS s'est également associée à la Coalition pour le climat et l'air pur visant à réduire les polluants de courte durée de vie.

57. Le Secrétariat a contribué au cinquième rapport d'évaluation du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat et a représenté le secteur de la santé dans le cadre du programme de travail sur les pertes et préjudices, établi au titre de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, et dans le cadre du Programme de travail de Nairobi sur les incidences des changements climatiques et la vulnérabilité et l'adaptation à ces changements, de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. Le Secrétariat a aussi publié des recommandations sur l'évaluation des préjudices économiques et des coûts d'adaptation,[2] et sur l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les programmes d'adaptation en matière de santé,[3] et mené un examen sur les effets des inondations sur la santé et les mesures de prévention dans la Région européenne de l'OMS.[4] Une nouvelle initiative de l'OMS vise à définir des priorités de recherche conformément au paragraphe 2 de la résolution WHA61.19. Le Secrétariat a, en outre, actualisé les estimations de la charge de morbidité attribuable à la pollution atmosphérique, examiné le lien entre l'énergie utilisée par les ménages, la santé et le changement climatique, et conçu des méthodes d'évaluation des effets sanitaires permettant d'apprécier les bénéfices de santé à retirer d'une réduction de la pollution atmosphérique couplée à des transports plus durables.

58. Le Secrétariat a suivi et favorisé la mise en œuvre de la résolution WHA61.19 et des cadres d'action régionaux connexes en fournissant une orientation technique concernant l'élaboration de la composante santé dans les plans d'adaptation nationaux, et en organisant des ateliers avec la participation de pays venant de l'ensemble des Régions (les 58 États Membres issus de la Région africaine et de la Région de l'Asie du Sud-Est, 32 de la Région des Amériques, 12 de la Région européenne, 8 de la Région de la Méditerranée orientale et 14 de la Région du Pacifique occidental).

[1] http://www.climateandhealthalliance.org/summit/climate-and-health-summit, consulté le 14 novembre 2013.

[2] Climate change and health: a tool to estimate health and adaptation costs. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2013.

[3] Mainstreaming gender in health adaptation to climate change programmes: user's guide: discussion draft. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

[4] Floods in the WHO European Region: health effects and their prevention. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2013.

De nouveaux matériels de formation sont en cours de diffusion, y compris dans des domaines d'intérêt particuliers, comme le changement climatique, les ressources en eau et la santé.

59. Le Secrétariat a coordonné des projets pilotes de grande envergure sur l'adaptation de la santé au changement climatique en Albanie, au Bangladesh, à la Barbade, au Bhoutan, au Cambodge, en Chine, en Éthiopie, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en Fédération de Russie, à Fidji, en Jordanie, au Kazakhstan, au Kenya, au Kirghizistan, au Malawi, en Mongolie, au Népal, en Ouzbékistan, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Philippines, en République-Unie de Tanzanie et au Tadjikistan, avec le soutien des Gouvernements de l'Allemagne, de la Norvège, de la République de Corée et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, et le concours du Fonds pour l'environnement mondial et du Fonds pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

## Systèmes de santé

## I. SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE : STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION MONDIAUX (résolution WHA62.16)

60. La Stratégie et le Plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ont été adoptés par l'Assemblée de la Santé dans les résolutions WHA61.21 et WHA62.16. La Stratégie et le Plan d'action mondiaux comprennent huit éléments qui sont notamment conçus pour promouvoir la recherche-développement et hiérarchiser les besoins, renforcer la capacité d'innovation, promouvoir le transfert de technologie et gérer la propriété intellectuelle de manière à répondre aux besoins de recherche-développement des pays en développement en s'attachant particulièrement aux maladies qui touchent ces pays de façon disproportionnée.

61. La mise en œuvre de la Stratégie mondiale, en particulier de l'élément 1 (Ordre de priorité des besoins concernant la recherche-développement) et de l'élément 2 (Promotion de la recherche-développement), s'harmonise avec l'application de la Stratégie OMS de recherche pour la santé. Les bureaux régionaux ont été invités à cartographier les activités de recherche et à contribuer au choix des priorités de santé publique. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2013* s'est concentré sur l'importance de la recherche pour parvenir à la couverture sanitaire universelle.[1]

62. Le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, coparrainé par la Banque mondiale, l'OMS, le PNUD et l'UNICEF, joue un rôle décisif dans la mise en œuvre de cette Stratégie mondiale. Parmi les activités conduites par le Programme spécial en vue de promouvoir la recherche-développement pour les produits médicaux et les technologies dont les pays en développement ont le plus besoin figurent : la création d'un collectif chargé de rédiger de nouvelles lignes directrices pour prévoir, détecter et gérer les flambées de dengue ; la mise au point définitive des préparatifs nécessaires aux nouvelles recherches relatives aux répercussions du changement climatique sur les maladies à transmission vectorielle en Afrique ; et la publication du *Rapport mondial de recherche sur les maladies infectieuses de la pauvreté, 2012*,[2] entreprise avec le concours du Conseil de la recherche en santé pour le développement/Forum mondial pour la recherche en santé et de Policy Cures.

---

[1] *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

[2] *Rapport mondial sur les maladies infectieuses de la pauvreté, 2012*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

63. En augmentant le nombre de pays participant au Système d'enregistrement international des essais cliniques, l'OMS continue de veiller à ce que tous les acteurs du processus décisionnel relatif aux soins de santé aient un panorama complet des recherches effectuées afin d'améliorer la transparence et d'étayer la validité et la valeur de la base de données scientifiques.

64. Dans le contexte des éléments 3 et 4 de la Stratégie mondiale (Renforcement et amélioration de la capacité d'innovation ; Transfert de technologie), l'OMS pilote un projet financé par l'Union européenne en vue d'élargir l'accès aux produits médicaux dans les pays en développement en renforçant la capacité de production locale et le transfert de technologie connexe.

65. Le Secrétariat a constaté que la biothérapie est un domaine où le transfert de technologie et la production locale peuvent se répercuter sur le prix et sur l'accès. Afin de faciliter ces activités, il est en train de mettre en place un centre de transfert de technologie aux Pays-Bas. De plus, le transfert de technologie relatif à la production locale d'anticorps monoclonaux antirabiques se poursuit. Sur les trois instituts de pays en développement ayant bénéficié de transferts de technologie, l'un a terminé ses évaluations cliniques précoces ; et sur les 14 fabricants participant au projet actuel de transfert de technologie pour produire des vaccins contre la grippe pandémique dans les pays en développement, cinq ont fait homologuer des vaccins antigrippaux de fabrication locale, ajoutant ainsi 300 millions de doses de vaccin contre la grippe pandémique à la capacité mondiale.

66. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'élément 5 de la Stratégie mondiale (Application et gestion de la propriété intellectuelle pour contribuer à l'innovation et promouvoir la santé publique), l'OMC, l'OMPI et l'OMS ont publié une étude intitulée *Promouvoir l'accès aux technologies et l'innovation dans le domaine médical : convergences entre santé publique, propriété intellectuelle et commerce*,[1] laquelle s'adresse aux dirigeants, aux législateurs, aux responsables gouvernementaux, aux organisations internationales, aux organisations non gouvernementales et aux chercheurs. En collaboration avec l'OMS, l'OMPI a mené une étude synthétique sur les brevets afin de recenser les lieux où s'effectuent des recherches sur ces vaccins[2] et ceux où la propriété intellectuelle risque de faire obstacle à la production de nouveaux vaccins.[3]

67. De concert avec le Gouvernement du Brésil, l'OMC, l'OMPI, l'ONUSIDA, UNITAID et l'organisation non gouvernementale « Medicines Patent Pool » [Communauté de brevets pour les médicaments], l'OMS a organisé une consultation sur l'accès aux médicaments anti-VIH dans les pays à revenu intermédiaire en polarisant sur l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral (Brasília, 10-12 juin 2013).

68. Pour donner suite à l'élément 6 de la Stratégie mondiale (Amélioration de la distribution et de l'accès), laquelle préconise le renforcement du programme de préqualification de l'OMS, l'Organisation a simplifié la préqualification des produits diagnostiques, des médicaments et des vaccins en les regroupant en une seule unité au sein du Département Médicaments essentiels et produits de santé. Au 30 juin 2013, l'OMS avait préqualifié 347 produits médicaux (dont 38 depuis 2012 : 19 produits pour traiter le VIH/sida ; 14 produits antituberculeux ; 3 antipaludéens ; et

[1] Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, Organisation mondiale de la Santé et Organisation mondiale du commerce. *Promouvoir l'accès aux technologies et l'innovation dans le domaine médical : convergences entre santé publique, propriété intellectuelle et commerce*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

[2] Vaccins antipneumococciques humains conjugués, vaccins antityphoïdiques humains conjugués et vaccins antigrippaux humains.

[3] *Patent landscape report on vaccines for selected infectious diseases.* Genève, Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, 2012.

2 médicaments relatifs à la santé génésique), 48 principes actifs, 129 vaccins, 25 produits diagnostiques (dont un dispositif pour la circoncision des adultes et un test de dépistage précoce du VIH chez les nouveau-nés) et 27 laboratoires chargés de contrôler la qualité des médicaments, dans l'ensemble des Régions de l'OMS (cinq depuis 2012).

69. L'action du Secrétariat tendant à étayer la capacité de l'autorité de réglementation a principalement consisté :

- à élaborer un outil récapitulatif pour l'ensemble des produits (y compris les produits diagnostiques et les dispositifs) dont la forme définitive est escomptée en 2014 ;

- à évaluer les activités de pharmacovigilance et de postcommercialisation dans le domaine des produits pharmaceutiques concernant les pays subsahariens ; et

- à établir des plans nationaux de développement institutionnel en vue de conforter les autorités nationales de réglementation, les laboratoires de contrôle et les centres de pharmacovigilance nationaux qui participent à la réglementation des vaccins.

Le Secrétariat s'est employé à épauler l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie et l'Inde pour leur permettre de procéder à des évaluations, des activités de suivi et de formation. Sur 44 pays producteurs, 35 ont poursuivi leurs opérations ; on estime que 97 % de l'approvisionnement mondial en vaccins est actuellement de qualité assurée.

70. Le prochain rapport de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, établi avec le concours du Département Médicaments essentiels et produits de santé en vue d'une publication en 2014, portera principalement sur l'accès aux médicaments, leur accessibilité économique et leur bon usage. Le rapport comprendra des informations sur les interventions novatrices, notamment la fourniture de médicaments dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et les interventions menées sur les marchés privés ou auprès de la patientièle.

71. Dans le contexte de l'élément 7 (Promotion de mécanismes de financement durables), le Secrétariat a facilité la tâche du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement concernant la rédaction du rapport soumis à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en 2012.[1] À l'issue d'une série de consultations nationales, régionales et mondiales sur les conclusions de ce rapport, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA66.22, laquelle approuvait le plan de travail stratégique qu'il contenait. Le Secrétariat continue de s'acquitter des actions requises aux termes du paragraphe 4 de ladite résolution.

72. Pour donner suite à l'élément 8 (Mise en place de systèmes de suivi et de notification), le Secrétariat, moyennant une collaboration à l'échelle de l'Organisation comprenant le Bureau régional des Amériques, est en train d'élaborer la plate-forme mondiale sur l'accès et l'innovation – un portail en ligne permettant de suivre les progrès accomplis par les États Membres et autres parties prenantes concernant la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Cette plate-forme comporte un centre d'information, un dépôt central de connaissances et un forum virtuel sur l'innovation. L'OMS prévoit de lancer le centre d'information avant la fin avril 2014.

[1] Documents A65/24 et A65/24 Corr.1.

73. En juillet 2013, suite aux conclusions du groupe de travail consultatif d'experts et à l'adoption de la résolution SEA/RC65/R3 à la soixante-cinquième session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est, en 2012, et de la résolution WHA66.22 à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, en 2013, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a organisé une consultation dans le but de rédiger un plan de travail stratégique régional. La consultation a examiné les normes et les critères de classification pour la recherche-développement en santé ; proposé une grille de classification pouvant servir de modèle au projet d'observatoire de la recherche-développement en santé ; et sélectionné certains projets de démonstration.

74. La plate-forme régionale pour l'accès aux technologies sanitaires et l'innovation (PRAIS) est au cœur de la stratégie de collaboration technique de l'OPS pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale. Bien que la plate-forme ne soit opérationnelle que depuis mai 2012, elle est de plus en plus reconnue comme le moyen d'échanger des informations, de mener des travaux en collaboration et de valider des informations en vue de prendre des décisions concernant les technologies sanitaires dans la Région des Amériques. En outre, l'OPS mène une consultation formelle et un processus de sélection pour les projets de démonstration, conformément aux recommandations figurant dans le rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement.[1]

75. Le Comité consultatif européen de la recherche en santé a continué à se réunir et à suivre un plan de travail spécifique pour conseiller le Directeur régional sur les questions de recherche en santé. Le Bureau régional de l'Europe a organisé une consultation en ligne sur les projets de démonstration de recherche-développement en santé, conformément aux demandes formulées dans la résolution WHA66.22 et dans la décision WHA66(12) dans le prolongement du rapport du groupe de travail consultatif d'experts, dont les résultats ont été communiqués au Siège de l'OMS en vue de la réunion technique consultative mondiale qui doit se tenir en décembre 2013.

## J. DISPONIBILITÉ, INNOCUITÉ ET QUALITÉ DES PRODUITS SANGUINS (résolution WHA63.12)

76. Pour donner suite à la résolution WHA63.12, les États Membres et le Secrétariat ont pris de nombreuses initiatives au cours de la période 2010-2013.

77. **Autosuffisance basée sur le don volontaire et non rémunéré.** Selon les données transmises à la base de données mondiale OMS sur la sécurité transfusionnelle, le nombre et la proportion de dons de sang volontaires et non rémunérés ont augmenté chaque année ; en 2011, 71 pays ont indiqué que plus de 90 % de leurs approvisionnements en sang provenaient de dons de sang volontaires et non rémunérés, alors qu'ils étaient 66 en 2008. Une déclaration consensuelle d'experts de l'OMS a été diffusée,[2] laquelle propose une définition, des stratégies et des mécanismes pour parvenir à l'autosuffisance en sang et en produits sanguins au niveau mondial sur la base du don de sang volontaire non rémunéré. En 2013, le Forum mondial de l'OMS pour la sécurité transfusionnelle a recensé quels étaient les besoins prioritaires pour parvenir à l'autosuffisance et renforcer les systèmes d'approvisionnement en sang, et l'OMS a publié un rapport intitulé *Towards self-sufficiency in safe*

[1] Document A65/24, annexe.

[2] Déclaration consensuelle d'experts sur les moyens de parvenir à l'autosuffisance en sang et en produits sanguins sécurisés, sur la base du don de sang volontaire non rémunéré (http://www.who.int/entity/bloodsafety/Expert_Consensus_Statement_Self-Sufficiency.pdf, consulté le 25 novembre 2013).

*blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation: global status 2013*.[1] En octobre 2013, en collaboration avec le Gouvernement italien et le Gouvernement japonais, l'OMS a organisé un forum de haut niveau à l'intention des responsables politiques, au cours duquel la Déclaration de Rome sur l'obtention de l'autosuffisance en sang et en produits sanguins sur la base du don de sang volontaire non rémunéré a été adoptée. La Journée mondiale du donneur de sang continue à être célébrée dans un nombre toujours plus grand de pays, représentant un jalon important pour les campagnes en faveur du don de sang. L'OMS et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge se sont unies pour donner des conseils à l'échelle mondiale dans la publication parue en différentes langues et intitulée *Vers 100 % de dons de sang volontaires – Cadre mondial d'action*.[2] L'OMS a également publié des lignes directrices sur la sélection des donneurs de sang (2012)[3] et des conseils à l'attention des donneurs (2013),[4] et élaboré du matériel pédagogique pour la prise en charge des donneurs de sang.

78. **Systèmes d'approvisionnement en sang.** La résolution WHA63.12 a ouvert la voie à d'importantes réformes des systèmes d'approvisionnement en sang en renforçant la direction et la gestion des activités correspondantes dans de nombreux pays. Outre la publication de recommandations sur le dépistage des infections transmissibles par la transfusion dans les dons de sang[5] et d'orientations politiques dans le cadre d'un aide-mémoire sur l'établissement d'un système national d'approvisionnement en sang,[6] le Secrétariat a fourni un soutien technique pour le renforcement des systèmes et des capacités en ressources humaines dans plusieurs pays, notamment le Bangladesh, le Bhoutan, le Burkina Faso, le Cambodge, l'Éthiopie, Haïti, le Mali, le Népal, l'Ouganda, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la République démocratique populaire lao et le Soudan du Sud, moyennant l'organisation d'ateliers régionaux et nationaux sur la direction et la gestion, le don de sang volontaire et non rémunéré, la sélection des donneurs, le dépistage de qualité des dons de sang, la gestion des données relatives à la sécurité transfusionnelle et la chaîne du froid dans l'approvisionnement en sang.

79. **Systèmes de qualité et hémovigilance.** Les outils et les documents pédagogiques de l'OMS pour améliorer la qualité de la gestion des services de transfusion sanguine ont été utilisés pour élaborer des normes et des systèmes de qualité au niveau national dans de nombreux pays dont le Bangladesh, le Bhoutan, le Cambodge, la Chine, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Népal, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Soudan du Sud, le Tadjikistan et le Viet Nam. Selon les données disponibles, 71 pays ont indiqué disposer de systèmes nationaux d'hémovigilance en 2011, alors qu'ils

---

[1] Towards self-sufficiency in safe blood and blood products based on voluntary non-remunerated donation: global status 2013. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/entity/bloodsafety/transfusion_services/WHO_GlobalStatusReportSelf-SufficiencyinBloodBloodProducts.pdf, consulté le 25 novembre 2013).

[2] *Vers 100 % de dons de sang volontaires – Cadre mondial d'action.* Genève, Organisation mondiale de la Santé/Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2011.

[3] Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

[4] Blood donor counselling: implementation guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/entity/bloodsafety/voluntary_donation/Blooddonorcounselling.pdf, consulté le 25 novembre 2013).

[5] Screening donated blood for transfusion transmissible infections: recommendations. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_screendondbloodtransf/en/index.html, consulté le 25 novembre 2013).

[6] WHO aide-mémoire for ministries of health: developing a national blood system. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (document WHO/EHT/11.01, disponible en ligne à l'adresse : http://www.who.int/entity/bloodsafety/publications/am_developing_a_national_blood_system.pdf, consulté le 25 novembre 2013).

n'étaient que 57 en 2008. En novembre 2012, l'OMS a organisé une consultation mondiale sur l'hémovigilance en collaboration avec le Gouvernement des Émirats arabes unis et des partenaires internationaux clés, parmi lesquels figuraient le Réseau international d'hémovigilance et la Société internationale de transfusion sanguine, dans le but de fournir des orientations sur l'établissement de systèmes nationaux d'hémovigilance.

80. **Usage rationnel et sans risque du sang et des produits du sang et gestion du sang des patients.** En 2011, 109 pays ont indiqué disposer de lignes directrices nationales sur la transfusion, alors qu'ils n'étaient que 90 en 2008 ; 52 pays ont indiqué que plus de 50 % de leurs hôpitaux possédaient des comités de transfusion, contre 28 auparavant. L'OMS a publié des conseils de politique générale dans un aide-mémoire sur le processus clinique de la transfusion et la sécurité des patients,[1] et a organisé un forum mondial sur la gestion du sang des patients ; elle a également fourni un soutien technique à des pays tels que le Bangladesh, le Népal et l'Ouganda en contribuant au renforcement des capacités, en fournissant du matériel pédagogique et des outils pour la pratique sans risque de la transfusion sanguine et la sécurité des patients ; elle a également organisé plusieurs consultations et ateliers dans divers pays sur l'usage approprié du sang, les pratiques de transfusion sans risque et la sécurité des patients (y compris une consultation interrégionale sur le renforcement du rôle des infirmiers et des sages-femmes pour garantir une transfusion clinique sans risque et la sécurité des patients à l'intention de 20 pays, ainsi qu'un atelier sous-régional sur l'usage approprié et sans risque du sang et la sécurité des patients à l'intention du Kazakhstan, du Kirghizistan, de l'Ouzbékistan et du Tadjikistan).

81. **Les systèmes nationaux de réglementation du sang.** Le Secrétariat a axé son soutien sur l'établissement de cadres réglementaires juridiques, notamment pour le respect et la mise en œuvre des bonnes pratiques de fabrication dans les établissements du sang, et la réglementation des dispositifs diagnostiques *in vitro* associés à la sécurité transfusionnelle. Dans ce contexte, il a publié des lignes directrices sur les bonnes pratiques de fabrication pour les établissements du sang[2] et organisé des ateliers régionaux réunissant les autorités nationales de réglementation et les services nationaux de transfusion sanguine. L'Organisation a également publié un document sur les critères d'évaluation des systèmes nationaux de réglementation qui représente l'opinion collective du réseau OMS des responsables de la réglementation applicable au sang et du Comité d'experts OMS de la Standardisation biologique.[3] L'OMS travaille avec la Société africaine de transfusion sanguine, ainsi qu'avec les autorités de réglementation et les services nationaux de transfusion sanguine d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine afin de veiller à la mise en œuvre de systèmes de réglementation du sang et d'améliorer la production locale de plasma de qualité à partir des dons de sang total dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En octobre 2013, l'OMS a ajouté le sang et les constituants du sang (hématies, plaquettes et plasma frais congelé) à la liste des médicaments essentiels. Cet ajout devrait contribuer à améliorer la disponibilité, l'innocuité et la qualité du sang en encourageant les États Membres à consentir les investissements nécessaires pour mettre en place des systèmes durables d'assurance de la qualité dans les établissements du sang.

---

[1] Aide-mémoire de l'OMS à l'intention des autorités nationales de santé et des directions des hôpitaux : processus clinique de la transfusion et sécurité des patients. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (document WHO/EHT/10.05, disponible en ligne à l'adresse : http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/who_eht_10_05_fr.pdf, consulté le 25 novembre 2013).

[2] WHO guidelines on good manufacturing practices for blood establishments. Technical Report Series, No. 961, Annex 4. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011.

[3] Assessment criteria for national blood regulatory systems. WHO Technical Report Series, No. 979, Annex 7. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

82. **Préparations biologiques internationales de référence de l'OMS.** Depuis l'adoption de la résolution WHA63.12 en 2010, 34 préparations biologiques internationales de référence ont été établies afin de renforcer le contrôle de la qualité dans les domaines des produits sanguins et des dispositifs diagnostiques *in vitro* associés à la sécurité transfusionnelle. Les responsables de la réglementation définissent les prescriptions sur la base des préparations biologiques de référence de l'OMS. L'Organisation a travaillé à l'établissement de collections de référence pour évaluer le niveau d'efficacité des kits de diagnostic de l'hépatite et du VIH pour ce qui est des différents génotypes et sous-types prévalant dans différentes Régions. Les normes de référence de l'OMS pour les produits sanguins et les dispositifs diagnostiques *in vitro* associés sont diffusées par l'intermédiaire du catalogue en ligne de l'Organisation,[1] ainsi que par le biais des ateliers et des organisations professionnelles internationales. Les ateliers et les séminaires techniques ont réuni des pays de toutes les Régions et ils se sont avérés utiles pour promouvoir les normes de l'OMS et obtenir les commentaires des pays sur leur utilité.

83. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire restent confrontés à d'importantes difficultés pour renforcer leurs systèmes nationaux d'approvisionnement en sang afin de garantir l'innocuité du sang et des produits sanguins, et pour mettre en œuvre des politiques visant à améliorer l'autosuffisance et la disponibilité en temps voulu du sang et des produits sanguins afin de satisfaire les besoins des patients. À l'avenir, l'OMS aura pour priorité de relever le défi du soutien aux systèmes nationaux d'approvisionnement en sang des pays à revenu faible ou intermédiaire afin qu'ils parviennent à l'autosuffisance en sang et produits sanguins sûrs.

## K. TRANSPLANTATION D'ORGANES ET DE TISSUS HUMAINS (résolution WHA63.22)

84. Dans sa résolution WHA63.22, l'Assemblée de la Santé a approuvé les principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains. Depuis, les principes ont influencé la création ou la modification de la législation et de la réglementation d'une quarantaine de pays en leur permettant notamment de combattre de manière plus efficace les transplantations commerciales et de simplifier le recours aux prélèvements provenant de donneurs décédés.

85. Au cours de la Troisième Consultation mondiale de l'OMS sur le don et la transplantation d'organes (Madrid, 23-25 mars 2010), les discussions sur le thème « S'efforcer d'atteindre l'autosuffisance » ont abouti au paradigme de l'autosuffisance qui consiste à répondre aux besoins des patients d'une population déterminée en assurant des services adéquats de transplantation et une offre d'organes suffisante au sein de cette population. Avec l'appui et sous la direction des autorités nationales, le paradigme est fondé sur : i) l'équité en matière de prélèvements provenant des donneurs possibles et l'équité en matière d'affectation ; ii) l'éducation sur le don d'organes mais aussi sur la prévention des maladies à l'origine des besoins ; et iii) la transparence et l'attitude professionnelle. En s'efforçant de parvenir à l'autosuffisance, il faudra assurer une prise en charge complète des maladies rénales chroniques, de la prévention jusqu'au remplacement du rein. De même, le service national du don et de la transplantation d'organes doit permettre les prélèvements d'organes provenant de donneurs décédés dans le plus grand nombre de situations possibles.

86. Le Secrétariat a renforcé sa collaboration avec les autorités sanitaires nationales et encouragé les sociétés scientifiques et les associations professionnelles à assumer des rôles dans la gouvernance

[1] Disponible à l'adresse : http:www.who.int/bloodproducts/catalogue/en/ (consulté le 30 novembre 2013).

mondiale du don et de la transplantation d'organes. Les sociétés scientifiques et les associations professionnelles contribuent à l'amélioration au niveau mondial :

i) en harmonisant les pratiques, y compris par des dispositifs d'accréditation (par exemple le Réseau mondial pour la greffe de sang et de moelle osseuse) ;

ii) en combattant les pratiques contraires à l'éthique, en particulier les transactions commerciales, le trafic d'organes et le tourisme de la transplantation (par exemple la Déclaration d'Istanbul sur le trafic d'organes et le tourisme de la transplantation élaborée à l'initiative de la Société de transplantation et de la Société internationale de néphrologie) ;

iii) en favorisant l'accès aux transplantations nécessaires (Société de transplantation, Réseau mondial pour la greffe de sang et de moelle osseuse) ; et

iv) en mettant au point et en maintenant des systèmes mondiaux de terminologie et de codage appliqués pour les transplantations compatibles avec la norme d'information mondiale pour le sang et les transplantations, ISBT 128 (International Council for Commonality in Blood Banking Automation).

87. Les données sur les activités et les pratiques sont recueillies par l'Observatoire mondial des dons et de la transplantation, mis sur pied dans le cadre d'un projet commun avec l'organisme national de transplantation espagnol qui est un centre collaborateur de l'OMS. Les données sur la transplantation sont disponibles sur les sites Web de l'Observatoire mondial des dons et de la transplantation ou de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.[1] La pratique de la greffe d'organes se répand dans le monde et intéresse désormais plus d'une centaine de pays, le nombre total des transplantations ne répondant toutefois qu'à 10 % des besoins mondiaux.

88. Des prélèvements d'organes provenant de personnes décédées sont effectués dans 69 pays. La transplantation de reins de donneurs décédés a augmenté de 17 % entre 2008 et 2011 alors qu'aucune différence significative n'a été enregistrée dans celle de reins provenant de donneurs vivants. Il est indispensable de continuer à progresser pour que les prélèvements auprès de personnes décédées fassent partie intégrante des soins en fin de vie. Seuls 20 pays ont fait état de dons d'organes après un décès cardio-circulatoire en 2011.

89. Peu d'États Membres sont en mesure de fournir des données concernant les activités en matière d'acquisitions, de traitement et d'utilisation de tissus et de cellules humains de la même manière que pour les organes. Les greffes de cellules souches hématopoïétiques sont surveillées par le Réseau mondial pour la greffe de sang et de moelle osseuse. L'harmonisation mondiale de la surveillance de la xénotransplantation, des thérapies cellulaires et de la médecine régénérative sur la base de cellules, de tissus et d'organes allogènes ou autologues reste une priorité.

90. La Bibliothèque Notify[2] mise sur pied par l'OMS et le centre national de transplantation italien (un centre collaborateur de l'OMS) regroupe les cas didactiques d'événements et de réactions indésirables et permet la diffusion des enseignements tirés des dispositifs de vigilance et de

[1] Disponible respectivement sur : http://www.transplant-observatory.org/Pages/home.aspx ; et http://www.who.int/gho/en/ (consulté le 11 octobre 2013).

[2] Voir http://www.notifylibrary.org/ (consulté le 11 octobre 2013).

surveillance appliqués par les autorités nationales et par les sociétés scientifiques et les associations professionnelles, ainsi que le demande la résolution WHA63.22.

91. En réponse à l'intérêt croissant pour les questions liées aux produits médicaux d'origine humaine, le Secrétariat a lancé une initiative spéciale dans le Groupe Systèmes de santé et innovation. Du don jusqu'au suivi du receveur, les produits médicaux d'origine humaine présentent une exposition commune au risque de violation des normes éthiques ; ils présentent également des risques communs concernant l'innocuité, notamment celui des maladies transmissibles. Pour protéger le donneur, le receveur et la société dans son ensemble, il faudra mettre en place des principes mondiaux consensuels régissant l'utilisation des produits médicaux d'origine humaine, notamment la nature non commerciale du corps humain et des parties du corps humain et la stricte traçabilité associée à la vigilance et à la surveillance.

## L. STRATÉGIE OMS DE RECHERCHE POUR LA SANTÉ

92. Au cours de la période biennale 2012-2013, la mise en œuvre de la Stratégie OMS de recherche pour la santé a été harmonisée avec celle de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, et en particulier avec l'élément 1 (Ordre de priorité des besoins concernant la recherche-développement) et l'élément 2 (Promotion de la recherche-développement) du Plan d'action.

93. Dans le cadre des activités de suivi de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, les bureaux régionaux ont contribué à inventorier les efforts de recherche et à coordonner l'identification de projets de démonstration étudiant des mécanismes nouveaux et novateurs à l'appui de la recherche sur des sujets de santé publique prioritaires.

94. Les travaux relatifs à la phase de planification d'un observatoire mondial de la recherche-développement en santé ont débuté et un premier exercice de recensement des partenaires est en cours. Ces travaux s'appuient sur les résultats d'un atelier informel de l'OMS sur le suivi des flux de ressources pour la recherche-développement tenu en février 2013.[1]

95. Les difficultés que pose la création d'un observatoire mondial de la recherche-développement en santé ont été exposées dans un article publié par *The Lancet*.[2] Une étude de l'utilité du Registre international OMS des essais cliniques pour l'évaluation de la répartition mondiale des essais cliniques et pour l'élaboration de politiques de recherche-développement en santé a été publiée dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*.[3] L'étude a montré que la répartition des efforts mondiaux de recherche était déséquilibrée : on estime en effet que pour chaque million d'années de vie ajustées sur l'incapacité dans les pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à faible revenu, respectivement 292,7, 13,4, 3,0 et 0,8 essais enregistrés recrutent.

---

[1] WHO informal workshop on monitoring R&D resource flows [website]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/phi/workshop14022013/en/index/.html, consulté le 21 octobre 2013).

[2] Røttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *The Lancet*, 2013; 382: 1286-1307. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61046-6.

[3] Viergever RF, Terry RF, Karam G. Use of data from registered clinical trials to identify gaps in health research and development. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2013 ; 91: 416-425C. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.114454.

96. Des discussions sont en cours avec le groupe de recherche indépendant Policy Cures quant aux activités spécifiques visant à établir des liens entre sa base de données sur le financement de la recherche sur les maladies négligées (l'enquête G-FINDER) et une base de données sur les produits en cours de recherche-développement pour les maladies négligées. Des discussions initiales ont également lieu avec Research Africa, une organisation basée en Afrique qui tient une base de données des bailleurs de fonds pour la recherche, en vue d'établir une carte montrant où sont attribués les fonds. Le Bureau régional OMS des Amériques/OPS a lancé sa plate-forme régionale pour l'accès aux technologies sanitaires et l'innovation dans ce domaine en mai 2012.[1]

97. De plus, le Secrétariat a constitué une base de données qui donne un aperçu systématique des priorités de la recherche-développement en santé définies dans le cadre des programmes techniques de l'OMS, ainsi qu'une sélection des principaux organismes et organisations non gouvernementales donateurs. Cette base de données comprend par exemple les priorités de recherche définies dans les rapports des groupes de référence publiés par le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales pour des maladies déterminées : maladie de Chagas, trypanosomiase humaine africaine, leishmaniose, helminthiases, zoonoses et maladies infectieuses marginalisées de la pauvreté, ainsi que les interactions entre l'environnement, l'agriculture et les maladies infectieuses de la pauvreté.[2]

98. Un grand nombre de concepts définis dans la Stratégie de recherche pour la santé ont été décrits de façon plus détaillée dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2013*,[3] qui comporte de nombreuses études de cas mettant en lumière l'importance de la recherche pour instaurer la couverture sanitaire universelle.

99. Le Secrétariat participe aux travaux d'un groupe de grands bailleurs de fonds internationaux pour la recherche sur la santé publique, le Public Health Research Data Forum. Les membres de ce groupe se sont engagés à collaborer afin d'accroître la mise à disposition des données issues de la recherche qu'ils financent pour accélérer les progrès en matière de santé publique.

100. Des réunions de comités consultatifs de la recherche en santé se sont tenues dans cinq des six Régions de l'OMS.[4] L'OMS entreprend une revue de ses structures à l'appui de la recherche, conformément à ses fonctions essentielles de définition du programme de recherche et des différentes options en matière de politique. Il est prévu de rétablir une unité de la recherche au Siège de l'OMS.

---

[1] Regional Platform on Access and Innovation for Health Technologies [website]. Washington, DC: Organisation panaméricaine de la Santé/Bureau régional OMS des Amériques, 2013 (http://prais.paho.org/rscpaho/, consulté le 21 octobre 2013).

[2] Publications et ressources [site Web]. Genève, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, 2013 (http://www.who.int/tdr/publications/en/, consulté le 21 octobre 2013).

[3] *Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/handle/10665/85761, consulté le 21 octobre 2013).

[4] Bureau régional de l'Afrique, Bureau régional des Amériques, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, Bureau régional de l'Europe et Bureau régional de la Méditerranée orientale.

## Préparation, surveillance et intervention

## M. ACTION ET RÔLE DE L'OMS EN TANT QUE CHEF DE FILE DU GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ FACE AUX BESOINS SANITAIRES CROISSANTS DANS LES URGENCES HUMANITAIRES (résolution WHA65.20)

101. La résolution WHA65.20 appelle l'OMS à assurer une action humanitaire plus rapide, plus efficace et plus prévisible. Le présent rapport décrit les travaux menés par l'OMS pour mettre en place les politiques et les processus nécessaires, accroître les moyens mobilisables, remplir son rôle d'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé, mettre en œuvre le cadre d'action d'urgence de l'OMS, et recueillir et diffuser les données relatives aux attaques contre les personnels et les services de santé.

102. Une Équipe mondiale de gestion des situations d'urgence a été créée, qui rassemble les Sous-Directeurs généraux, des directeurs de départements du Siège, et les directeurs de chacune des six Régions ayant la responsabilité des situations d'urgence humanitaire, des flambées et de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005). L'équipe mondiale de gestion supervise l'alignement des travaux de l'OMS dans les situations d'urgence, quels que soient les risques, pour l'ensemble de l'Organisation, conformément aux obligations qui lui incombent en tant qu'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé, en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et du programme de transformation du Comité permanent interorganisations. Le cadre d'action d'urgence et le système de suivi des résultats qui lui est associé ont été achevés en 2013. À ce jour, plus de 30 situations d'urgence ont été classées et un processus de suivi systématique des résultats de l'OMS a été mis en place. Des listes OMS de contrôle de l'état de préparation sont en cours d'achèvement pour chaque niveau de l'Organisation afin d'améliorer la capacité à faire face aux crises ayant des conséquences pour la santé publique, quelle que soit leur origine. L'OMS a dirigé, ou a participé à, cinq importants exercices de simulation afin de tester le degré de préparation conformément au cadre d'action d'urgence et au programme de transformation.

103. Des équipes de l'OMS mobilisables en renfort sont actuellement mises sur pied et un cours de formation initiale destiné aux candidats a été organisé en septembre 2013. L'Organisation adapte ses procédures administratives pour pouvoir déployer rapidement des experts en situations d'urgence. Une politique de renfort a été mise au point et, le 4 novembre 2013, un accord a été signé avec Information Management and Mine Action Program, le Conseil norvégien des réfugiés, RedR Australie et CANADEM. Ces capacités de mobilisations supplémentaires ont été en outre complétées par un accord soutenu par la Direction générale de l'aide humanitaire de la Commission européenne qui a été conclu avec trois organisations non gouvernementales partenaires : l'International Medical Corps, Merlin et The Save the Children Fund. Des partenaires de renfort ou des organisations non gouvernementales partenaires ont été déployés dans le cadre d'opérations de l'OMS en Jordanie, au Mali, aux Philippines, en République arabe syrienne, en République démocratique du Congo et en Turquie.

104. Les travaux et le fonctionnement du groupe de responsabilité sectorielle Santé et de ses partenaires aux niveaux national et international ont fait l'objet d'un examen dans le contexte du programme de transformation du Comité permanent interorganisations, l'objectif étant d'améliorer le soutien aux groupes sectoriels et aux opérations au niveau des pays. En 2013, l'OMS a mené une évaluation au niveau mondial des capacités de ses partenaires et des opérations sur le terrain, et a entrepris un examen du groupe de responsabilité sectorielle Santé qui servira à la planification pour le prochain exercice biennal. En juin 2013, 24 des 29 coordonnateurs des groupes de responsabilité sectorielle Santé au niveau des pays ont été réunis pour dresser un bilan des opérations dans les pays et

être informés du programme de transformation. Le Comité permanent interorganisations a mis au point un outil normalisé afin d'évaluer les résultats des groupes de responsabilité sectorielle dans les pays. En 2013, cinq groupes de responsabilité sectorielle Santé au niveau des pays ont fait l'objet d'une évaluation qui a recensé les domaines où des améliorations étaient possibles. Il est prévu de procéder à des évaluations annuelles de l'ensemble des groupes sectoriels Santé dans les pays ; elles débuteront au cours de l'exercice 2014-2015. Afin d'améliorer le rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial, une unité chargée du groupe de responsabilité sectorielle Santé est actuellement créée au sein du Département Gestion des risques liés aux situations d'urgence et action humanitaire. Pour l'exercice 2014-2015, l'OMS et ses partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial se sont engagés à améliorer de manière substantielle le soutien apporté au groupe sectoriel Santé et/ou au secteur de la santé dans les 10 pays prioritaires ci-après, ainsi que les résultats obtenus : Afghanistan, Haïti, Mali, Myanmar, République arabe syrienne, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan du Sud et Yémen.

105. La poursuite de ces réformes de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence humanitaire a contribué à améliorer les résultats au niveau des pays. Parmi les situations d'urgence aiguë classées conformément au cadre d'action d'urgence en 2012-2013, les plus complexes sont celles qui ont frappé le Mali, la République centrafricaine et la République arabe syrienne. La crise en République arabe syrienne a déclenché une mobilisation à l'échelle de l'Organisation par l'intermédiaire des bureaux de l'OMS situés en Égypte, en Iraq, en Jordanie, au Liban, en République arabe syrienne et en Turquie. En République arabe syrienne, la mise en œuvre du cadre d'action d'urgence s'est traduite par une action plus prévisible et plus efficace de l'OMS dans des domaines tels que l'évaluation rapide des besoins, les mécanismes de coordination, la notification, les systèmes de surveillance des maladies et de riposte, et la mise à jour régulière des plans d'action sanitaire. Au Mali, l'OMS a dirigé les travaux d'évaluation et de cartographie des ressources en matière de santé, qui ont été essentiels pour élaborer un plan de transition pour le secteur de la santé sous la direction du Gouvernement. En République centrafricaine, l'OMS a travaillé avec le Ministère de la Santé pour évaluer rapidement les services et aidé à fournir ceux qui étaient envisageables compte tenu de la situation, tel que les campagnes de vaccination de masse contre la rougeole. Les contraintes auxquelles s'est heurtée l'action de l'OMS et du secteur de la santé au niveau des pays au cours des principales crises de 2013 ont notamment été l'insécurité, la pénurie de personnel et de fournitures médicales, l'escalade des coûts, l'aggravation des difficultés associées aux transports, l'insuffisance du financement et, dans certaines circonstances, la complexité des processus de contrôle.

106. L'OMS met actuellement au point des méthodes pour recueillir et diffuser de manière systématique les données relatives aux attaques visant des établissements de santé, des agents de santé, les moyens de transport médical et les patients dans les situations d'urgence humanitaire. Un groupe de contact a été constitué pour que des avis puissent être échangés avec les partenaires concernés sur ce processus et, en 2013, une série de consultations techniques a débuté avec un large éventail d'organisations des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales et humanitaires, et d'établissements universitaires. La coordination avec le groupe mondial de la protection et les parties prenantes basées dans les pays sera améliorée afin de renforcer les capacités de collecte de ce type de données. L'OMS continuera à plaider résolument pour la neutralité du personnel, des établissements et des services de santé conformément à la déclaration à cet effet signée par plus de 50 pays de cinq continents, qui réaffirme l'obligation pour toutes les Parties à des conflits de respecter les règles du droit humanitaire international.[1]

[1] Déclaration commune en faveur de l'accès aux soins en Syrie.

107. Pour accélérer la réforme des capacités de l'OMS à faire face aux besoins sanitaires croissants dans les situations d'urgence humanitaire, il convient de remédier aux lacunes chroniques dans les ressources humaines et financières pour ses activités essentielles, les situations d'urgence aiguë et les crises prolongées. L'application du cadre d'action d'urgence en 2013 a mis en lumière la nécessité de recruter et de fidéliser le personnel essentiel au sein de l'OMS et d'assurer un financement durable à cet effet, en particulier dans les Régions et les pays hautement vulnérables. Ainsi, seuls trois des 29 groupes sectoriels Santé dans les pays possèdent actuellement un coordonnateur du groupe de responsabilité sectorielle Santé à plein temps et aucun ne dispose d'un administrateur spécialisé dans la gestion de l'information. Sur le budget de base de l'OMS consacré à l'action humanitaire pour l'exercice 2012-2013, qui s'élève à US $106,7 millions, seuls US $44,6 millions – soit 42 % des dépenses planifiées – ont été reçus. Il est essentiel que le financement complet du budget de base de l'OMS pour son action humanitaire en 2014-2015 – qui s'élève à US $87,9 millions – soit assuré pour satisfaire aux obligations et aux engagements de l'Organisation dans ce domaine et poursuivre les réformes engagées récemment. La tendance à la baisse observée dans le financement de l'action humanitaire destiné au secteur de la santé au niveau des pays s'est poursuivie en 2013 à la fois en pourcentage et en termes nominaux ; 49 % des US $1,3 milliard requis en 2013 avaient été versés au 4 novembre 2013, soit une baisse de 53 % par rapport aux US $1,4 milliard de 2012 et de 64 % par rapport aux US $1 milliard de 2011.[1] Le secteur de la santé continue à être insuffisamment financé lors des principales situations d'urgence ; seuls 53 % des besoins du secteur de la santé dans le cadre du plan d'aide humanitaire pour la Syrie pour 2013 étaient financés au 4 novembre 2013 et, en République centrafricaine, seuls 25 % des besoins du secteur de la santé de l'appel global pour 2013 bénéficiaient des fonds requis.

108. Afin de continuer à améliorer ses résultats en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé au cours de l'exercice 2014-2015, l'OMS prendra les mesures suivantes : elle établira une unité chargée du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial ; elle mènera un examen, par l'intermédiaire du Groupe de la Politique mondiale, du rôle, des fonctions et des résultats de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé ; elle élargira le soutien apporté et l'appui fourni aux coordonnateurs du groupe de responsabilité sectorielle Santé, en particulier dans les pays désignés comme étant prioritaires pour l'exercice biennal ; elle s'efforcera de faire en sorte que les effectifs nécessaires aux fonctions essentielles du groupe soient au complet dans les pays considérés comme prioritaires ; elle renforcera les capacités de mobilisation interne de l'Organisation, de ses partenaires de renfort et des organisations non gouvernementales partenaires ; et elle améliorera l'évaluation et le suivi des capacités et des résultats de chaque groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau des pays.

### Services institutionnels/fonctions d'appui

## N. MULTILINGUISME : MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION (résolution WHA61.12)

109. En mai 2012, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a pris note du dernier rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action concernant le multilinguisme.[2] Le présent rapport fait à nouveau le point des activités relatives à la mise en œuvre du plan.

---

[1] Source : Bureau de la coordination des affaires humanitaires, Service de surveillance financière, 4 novembre 2013.

[2] Voir les documents A65/26, section Q, et WHA65/2012/REC3, procès-verbal de la sixième séance de la Commission B, section 3.

110. Les efforts se sont poursuivis pour développer le contenu multilingue accessible sur le site Web de l'OMS. L'équipe multilingue des éditeurs du Web, travaillant en collaboration avec le service de traduction de l'OMS, est parvenue à réduire l'écart entre l'anglais et les cinq autres langues officielles de l'Organisation pour ce qui est du contenu technique. L'équipe a également rendu l'ensemble du contenu institutionnel sur le Web accessible dans les six langues officielles. Entre janvier 2012 et septembre 2013, 7152 pages Web ont été ajoutées en anglais, 1142 en arabe, 1521 en chinois, 1202 en espagnol, 1722 en français et 1752 en russe.

111. En septembre 2013, le système IRIS (Institutional Repository for Information Sharing – archives institutionnelles pour l'échange d'informations)[1] comptait plus de 50 000 entrées dans les langues officielles, et notamment des produits d'information OMS et la documentation des organes directeurs (y compris la documentation de l'Assemblée de la Santé et du Conseil exécutif depuis 1998, ainsi que celle de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac). IRIS enregistre en moyenne 1,5 million de téléchargements par mois. La totalité de la documentation des organes directeurs de 1948 à 1997 sera archivée dans IRIS avant fin 2014.

112. En 2012, la Fédération de Russie a versé des fonds pour financer un projet de deux ans destiné à accroître la qualité et la quantité des produits d'information technique et scientifique de l'OMS disponibles en russe, et pour améliorer leur diffusion auprès des publics russophones. En septembre 2013, 15 publications essentielles avaient été traduites et publiées en russe au Siège et au Bureau régional OMS de l'Europe, et les réseaux de distribution des publications en russe avaient été élargis. Au total, 120 publications imprimées en russe ont été numérisées et archivées dans IRIS. Deux numéros spéciaux du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* en russe ont été publiés. Plus de 20 nouveaux sites Web techniques en russe ont été créés ou actualisés sur le site Web du Siège de l'OMS et 12 profils de pays en russe ont été créés sur le site Web du Bureau régional OMS de l'Europe.

113. Les activités visant à mettre à disposition les produits d'information OMS dans les langues officielles et dans les langues non officielles se sont poursuivies. En 2012 et 2013, les Éditions de l'OMS ont autorisé des partenaires extérieurs et les bureaux régionaux à effectuer 337 traductions de 219 produits du Siège en 52 langues (cinq langues officielles et 47 non officielles).

114. Une formation linguistique continue d'être proposée gratuitement aux membres du personnel. Pendant la période biennale 2012-2013, 1358 inscriptions aux cours de langue ont été enregistrées au Siège : 128 pour l'anglais, 75 pour l'arabe, 35 pour le chinois, 359 pour l'espagnol, 726 pour le français et 35 pour le russe. Depuis septembre 2012, l'OMS propose également un programme d'enseignement à distance des langues officielles de l'Organisation mais aussi de l'allemand et du portugais. Les membres du personnel des bureaux régionaux et de pays sont prioritaires pour l'accès à ce programme. En septembre 2013, 1688 membres du personnel de toutes les Régions OMS s'y sont inscrits et 200 autres devraient le faire d'ici fin 2013.

115. En 2012 et 2013, l'OMS a participé à une table ronde sur le multilinguisme organisée par l'Office des Nations Unies à Genève et l'Organisation internationale de la Francophonie.

[1] Disponible à l'adresse http://www.who.int/iris.

116. Le réseau ePORTUGUÊSe a continué à renforcer la collaboration entre les établissements et les professionnels de santé des huit États Membres lusophones. En 2012 et 2013, le réseau ePORTUGUÊSe, en partenariat avec les unités techniques pertinentes de l'OMS, a organisé plusieurs cours de formation en ligne ou en salle sur la sécurité des patients, l'épidémiologie et la gestion des bibliothèques, suivis par plus de 16 000 participants.

117. L'OMS continue de collaborer avec d'autres institutions des Nations Unies et de l'Union européenne afin de développer le multilinguisme. À la réunion annuelle internationale concernant les services linguistiques, la documentation et les publications, le Secrétariat préside deux groupes spéciaux visant à optimiser les structures et les méthodes des services de traduction et d'interprétation.

= = =