



# **Rapports de situation<sup>1</sup>**

## **Rapport du Secrétariat**

### **TABLE DES MATIÈRES**

	<b>Pages</b>
B. Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (résolution WHA57.2) .....	2
C. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (résolution WHA57.12) .....	3
F. Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA60.21) .....	5
G. Multilinguisme : mise en oeuvre du plan d'action (résolution WHA61.12).....	6
H. Santé des migrants (résolution WHA61.17) .....	8

---

<sup>1</sup> Les parties A, D, E, I et J seront publiées ultérieurement.

## B. LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE

1. La forme chronique de la trypanosomiase humaine africaine, provoquée par *Trypanosoma brucei gambiense*, est endémique dans 24 pays. Entre 2004 et 2008, le nombre déclaré de nouveaux cas a diminué de 40 %, passant à 10 235. Onze pays (Bénin, Burkina Faso, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Leone et Togo) n'ont signalé aucun cas et six pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Guinée équatoriale et Nigéria) ont signalé en moyenne moins de 100 nouveaux cas par an. Le Congo, l'Ouganda, la République centrafricaine et le Tchad ont déclaré entre 100 et 1000 nouveaux cas par an. L'Angola, la République démocratique du Congo et le Soudan sont les pays les plus touchés et ont signalé chacun plus de 1000 nouveaux cas par an en moyenne.

2. Pendant la même période, le nombre signalé de nouveaux cas de la forme aiguë de la trypanosomiase humaine africaine, causée par *T. b. rhodesiense*, qui est endémique dans 13 pays, a diminué de 56 %, passant à 259. Le Botswana, le Burundi, l'Éthiopie, la Namibie et le Swaziland n'ont signalé aucun cas. Le Kenya, le Mozambique, le Rwanda et le Zimbabwe ont signalé des cas sporadiques ; le Malawi et la Zambie ont notifié moins de 100 nouveaux cas par an ; enfin, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont signalé entre 100 et 1000 nouveaux cas par an.

3. Des partenariats public-privé ont permis aux pays où la trypanosomiase humaine africaine est endémique d'utiliser les meilleurs traitements existants. En 2004, 86 % des cas atteints de la forme à *T. b. gambiense* de deuxième stade suivaient un traitement de mélarsoprol, médicament toxique, alors qu'en 2008 cette proportion avait été ramenée à 51 % ; les autres cas suivaient un traitement d'éflornithine, médicament plus sûr.

4. En application de la résolution WHA50.36 sur la trypanosomiase africaine, l'OMS a signé un mémorandum d'accord avec la Commission de l'Union africaine pour combattre ensemble la maladie dans le cadre de la campagne panafricaine d'éradication de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiase. Par ailleurs, l'OMS, en collaboration avec la FAO, a lancé une initiative pour déterminer la répartition de la maladie dans le cadre du programme pluri-institutionnel de lutte contre la trypanosomiase africaine.

5. L'atténuation des crises sociales, le renforcement des capacités, un appui technique et financier accru à la lutte et à la surveillance, et la fourniture gratuite de réactifs à usage diagnostique et de médicaments contre la trypanosomiase ont permis aux personnes atteintes de trypanosomiase africaine d'accéder plus facilement au diagnostic et au traitement.

6. Malgré les progrès accomplis, la trypanosomiase humaine africaine reste une menace en Afrique, en particulier dans les zones de la République centrafricaine et de la République démocratique du Congo où les activités de lutte se heurtent à des problèmes de sécurité. Les pays d'endémie devraient recevoir un appui pour renforcer les activités de lutte et de surveillance de façon à repérer les poches isolées de transmission de la maladie et à améliorer la notification. Malheureusement, suite à la diminution du nombre de cas dépistés, la lutte contre la maladie est devenue moins prioritaire et l'on se trouve dans une situation semblable à celle d'il y a 50 ans, quand on croyait que la maladie avait été éliminée. De ce fait, la trypanosomiase humaine africaine est moins présente dans les esprits et d'autres priorités de santé publique l'ont fait passer à l'arrière-plan. Pour éviter que l'histoire ne se répète, il importe de trouver des moyens durables et économiques de surveiller et de combattre la trypanosomiase humaine africaine.

7. On ne peut lutter de façon soutenue contre la trypanosomiase humaine africaine que par une approche intégrée au titre de laquelle les activités de surveillance et de lutte sont menées dans le cadre

de systèmes de santé renforcés et opérationnels. Il y a deux grands obstacles techniques : l'absence de test de diagnostic sensible et spécifique peu coûteux, facile à utiliser sur le terrain et acceptable à n'importe quel niveau du système de santé ; et l'absence d'un nouvel agent antitrypanosomique meilleur marché, plus sûr et plus facile à administrer que les médicaments existants et qui guérisse les deux formes de la maladie.

8. La tâche la plus urgente consiste à maintenir et étendre les activités de lutte et de surveillance à l'aide des meilleurs outils existants. Il faut accélérer la recherche de nouveaux outils. Il faut aussi mieux faire connaître la maladie et plaider pour qu'elle figure parmi les priorités et pour obtenir des fonds. L'OMS devrait continuer à diriger l'appui fourni aux pays et à coordonner le travail de toutes les parties contribuant à la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine et à la recherche sur cette maladie.

### C. SANTÉ GÉNÉSIQUE : STRATÉGIE POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS EN VUE DE LA RÉALISATION DES OBJECTIFS ET CIBLES DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAUX

9. La mise en oeuvre de la stratégie a été renforcée depuis qu'on a fixé pour cible, dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, d'instaurer l'accès universel à la santé génésique d'ici à 2015, comme indiqué dans le rapport du Secrétaire général dont l'Assemblée générale des Nations Unies a pris acte à sa soixante-deuxième session en 2007.<sup>1</sup>

10. Les activités entreprises au niveau régional en collaboration avec les partenaires, en particulier le FNUAP, consistent, entre autres, à adapter la stratégie aux conditions régionales afin de répondre au mieux aux besoins locaux en matière de santé génésique ; à mettre au point des cadres théoriques pour instaurer plus vite l'accès universel aux services et aux produits de santé génésique ; à étudier la faisabilité des indicateurs recommandés ;<sup>2</sup> à organiser des consultations techniques sur les approches socioculturelles qui permettraient d'accélérer la réalisation des quatrième et cinquième objectifs du Millénaire pour le développement ; à renforcer les moyens qu'ont les pays d'élaborer des stratégies et des politiques adaptées, d'appliquer des interventions destinées à améliorer la santé sexuelle et génésique et d'en faire un examen suivi ; à mettre au point et adopter des outils de planification et des directives fondés sur des bases factuelles ; à organiser des ateliers pour renforcer la planification familiale, la prévention du cancer du col de l'utérus, les soins prénatals, les soins post-partum et la prévention des avortements à risque ; et à améliorer la santé génésique des adolescents.

11. Des progrès ont été accomplis dans cinq grands domaines d'action.

- **Augmenter la capacité des systèmes de santé.** Des stratégies ont été mises au point pour développer les services de santé génésique en milieu rural et les infrastructures de soins obstétricaux d'urgence, attirer des dispensateurs de soins dans les zones difficiles d'accès et améliorer les soins préventifs. De plus, des produits de santé génésique ont été inscrits sur la liste des médicaments essentiels.

---

<sup>1</sup> Document A/62/PV.22.

<sup>2</sup> Voir le cadre de mise en oeuvre de la stratégie, « *Accelerating progress towards the attainment of international reproductive health goals: a framework for implementing the WHO Global Reproductive Health Strategy* ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

- **Améliorer l'information permettant de fixer les priorités.** Des questions sur la santé génésique ont été introduites dans les enquêtes démographiques et les recensements.
- **Mobiliser la volonté politique.** Des ateliers ont été organisés à l'intention des parlementaires et on a sensibilisé à l'importance d'une meilleure santé génésique pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.
- **Créer des cadres législatifs et réglementaires propices.** Les États Membres ont bénéficié d'un appui pour examiner et actualiser leur législation sur l'offre de services de santé génésique aux femmes et aux nourrissons.
- **Renforcer le suivi et l'évaluation.** Des indicateurs de santé génésique ont été intégrés dans les mécanismes nationaux de suivi et des analyses de la mortalité maternelle ont été effectuées.

12. Les États Membres ont mis en lumière des obstacles à l'amélioration des services de santé génésique, au nombre desquels : des facteurs socioculturels ou liés aux traditions ; des conflits ; des problèmes de notification des cas par les établissements de santé ; la difficulté d'entrer en contact avec les groupes vulnérables, y compris les adolescents ; les pénuries de matériel et de personnel ; le refus des dispensateurs de soins de travailler dans des zones reculées ; et la méconnaissance, parmi la population, des différentes méthodes de planification familiale existantes.

13. Des rapports ont été établis sur les interventions essentielles mises au point par l'OMS pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la santé génésique. Dans plus de 85 % des pays étudiés, les soins prénatals ciblés sont intégrés dans les programmes de santé génésique et l'utilisation de sulfate de magnésium est prévue pour le traitement de la prééclampsie. Dans plus de 50 % des pays étudiés, la contraception d'urgence fait partie de la palette de méthodes de planification familiale proposées, mais les rapports indiquent que la mise en oeuvre de programmes de dépistage du cancer du col est limitée.

14. D'après les données, la mortalité maternelle recule de façon inégale dans le monde en développement. En Afrique du Nord, en Asie de l'Est et en Asie du Sud-Est, le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes a diminué de plus de 30 % entre 1990 et 2005, tandis qu'en Asie du Sud le recul dépasse seulement 20 %. En Afrique subsaharienne, le risque de décès pendant la grossesse ou l'accouchement demeure élevé. La proportion d'accouchements se déroulant en présence d'un agent de santé qualifié a augmenté dans les régions en développement, passant de 57 % au milieu des années 1990 à 62 % en 2005. Toutefois, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale restent moyens à élevés dans la plupart des régions malgré l'utilisation croissante des méthodes de planification familiale. En Afrique subsaharienne, les besoins de planification familiale d'un quart des femmes mariées ou vivant en union ne sont pas satisfaits.

15. On se préoccupe désormais davantage dans l'ensemble du monde de réduire la mortalité maternelle. Lors du dernier Sommet du G8 (L'Aquila, Italie, 8-10 juillet 2009), l'engagement a été pris de promouvoir une approche complète et intégrée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Dans une déclaration conjointe, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale ont entrepris de collaborer avec les gouvernements et la société civile au développement des services de santé de qualité afin de garantir l'accès universel à la santé génésique en assurant une coordination avec les services de prévention et de traitement du VIH.

## F. ÉLIMINER DURABLEMENT LES TROUBLES DUS À UNE CARENCE EN IODE

16. Les troubles dus à une carence en iode sont une cause importante et évitable de détérioration de la fonction cognitive. Dans la résolution WHA43.2 adoptée en 1990, l'Assemblée de la Santé a fixé pour objectif d'éliminer le problème de santé publique que posent ces troubles, objectif qu'elle a réaffirmé ultérieurement.<sup>1</sup> Dans ses récentes résolutions, elle a demandé de redoubler d'efforts pour atteindre cet objectif,<sup>2</sup> et le présent rapport indique les progrès accomplis depuis 2007.

17. De grands investissements ont été consentis pour établir le bilan iodé des populations en mesurant l'excrétion urinaire d'iode chez les enfants d'âge scolaire. Entre 2004 et 2008, 37 pays ont fourni des données nationales qui couvraient 36,3 % des enfants d'âge scolaire dans le monde, et 15 de ces pays ont communiqué d'autres données nationales depuis 2007. Les données de neuf pays révèlent un bilan iodé suffisamment faible pour être jugé important du point de vue de la santé publique ; dans 17 pays, l'apport d'iode est suffisant<sup>3</sup> et, dans huit pays, il est excessif. Trois pays ont mis en évidence un risque accru de troubles de la thyroïde dans les groupes vulnérables. Entre 1993 et 2007, le nombre de pays dans lesquels les troubles dus à une carence en iode posent un problème de santé publique a diminué de plus de moitié, passant de 110 à 47. La tendance à la baisse se poursuit ; toutes les précisions seront données dans le rapport que l'OMS établira en 2010 sur les progrès accomplis dans l'ensemble du monde.

### Stratégie de lutte

18. La stratégie de prédilection pour lutter contre les troubles liés à une carence en iode reste l'iodation universelle du sel. On a choisi le sel comme aliment à enrichir parce que sa consommation est relativement stable tout au long de l'année et que la technique d'iodation est peu coûteuse et facile à réaliser. De plus, la quantité d'iode dans le sel peut être facilement adaptée en fonction des politiques visant à réduire la consommation de sel pour éviter des maladies chroniques.<sup>4</sup> L'iodation du sel est plus efficace si elle est exigée par la loi.

19. La supplémentation en iode est également recommandée, surtout pour les groupes vulnérables comme les femmes enceintes et les jeunes enfants vivant dans des communautés à haut risque qui ont peu de chances d'avoir accès à du sel iodé<sup>5</sup> ou en tant que stratégie provisoire quand l'iodation du sel est mal assurée. Les pays où au moins 90 % des ménages ont accès à du sel correctement iodé sont

<sup>1</sup> Résolutions WHA49.13 et WHA52.24.

<sup>2</sup> Résolutions WHA58.24 et WHA60.21.

<sup>3</sup> La concentration médiane d'iode urinaire (IU) est un indicateur de l'apport d'iode. Les pays sont divisés en trois groupes : « apport d'iode suffisant » (IU 100-199 µg/l), « apport d'iode supérieur à l'apport recommandé » (IU 200-299 µg/l) et « apport d'iode excessif » (IU >300 µg/l), c'est-à-dire supérieur à la quantité nécessaire pour prévenir et guérir les troubles dus à une carence en iode.

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Salt as a vehicle for fortification. Report of a WHO Expert Consultation, Luxembourg, 21-22 March 2007*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.

<sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. *Joint Statement: Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

aujourd'hui au nombre de 36,<sup>1</sup> contre 33 en 2006<sup>2</sup> et 28 en 2004.<sup>3</sup> On estime qu'à l'échelle mondiale, 70 % des ménages ont accès à du sel iodé.

20. Lors de la consultation d'experts que l'OMS a organisée en 2007 sur le choix du sel comme aliment à enrichir,<sup>4</sup> il a été conclu que les politiques d'iodation du sel et de réduction de la consommation de sel aux fins de prévention des maladies cardio-vasculaires étaient compatibles. Les autorités nationales doivent ajuster le taux d'iodation du sel actuellement recommandé (20-40 ppm) à la lumière de leurs propres statistiques sur l'apport alimentaire de sel et la concentration médiane d'iode urinaire dans la population.

21. Il est indispensable de suivre et d'évaluer l'impact des programmes de lutte contre les troubles liés à une carence en iode pour s'assurer que les interventions sont à la fois sûres et efficaces. Les directives concernant les indicateurs à l'aide desquels évaluer et surveiller ces programmes ont été revues et publiées en 2007 par l'OMS, l'UNICEF et le Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode,<sup>5</sup> et l'OMS et l'UNICEF ont publié en 2007 une déclaration conjointe sur le niveau optimal d'iode pour les femmes enceintes et allaitantes et les jeunes enfants.<sup>6</sup>

22. Le Réseau mondial pour l'élimination durable de la carence en iode, dont l'OMS est membre, soutient les efforts que font les pays pour parvenir à éliminer plus vite les troubles liés à une carence en iode en s'attachant à promouvoir la collaboration entre les secteurs public et privé et les organisations scientifiques et de la société civile.

## G. MULTILINGUISME : MISE EN OEUVRE DU PLAN D'ACTION

23. En mai 2009, l'Assemblée de la Santé a pris note du rapport sur la mise en oeuvre du plan d'action relatif au multilinguisme.<sup>7</sup> Le présent rapport rend compte de l'évolution récente des activités entreprises pour mettre en oeuvre le plan.

24. Les travaux visant à ce que les produits informationnels de l'OMS soient disponibles dans les langues officielles et non officielles se sont poursuivis. Lors des trois premiers trimestres de 2009, l'OMS a produit 237 **publications multilingues**. Les publications en anglais continuent à prédominer mais, grâce à une collaboration plus intense avec les partenaires extérieurs, le nombre de publications dans d'autres langues augmente. En septembre 2009, 122 autres publications multilingues avaient été produites dans 29 langues grâce à ces partenariats.

---

<sup>1</sup> UNICEF. State of the World's Children. New York, 2010. [http://www.childinfo.org/idd\\_progress.html](http://www.childinfo.org/idd_progress.html).

<sup>2</sup> UNICEF. State of the World's Children. New York, 2007. [http://www.childinfo.org/files/The\\_State\\_of\\_the\\_Worlds\\_Children\\_2007\\_Executive\\_Summary\\_E.pdf](http://www.childinfo.org/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2007_Executive_Summary_E.pdf).

<sup>3</sup> UNICEF. State of the World's Children. New York, 2004. [http://www.childinfo.org/files/The\\_State\\_of\\_the\\_Worlds\\_Children\\_2004.pdf](http://www.childinfo.org/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2004.pdf).

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Salt as a vehicle for fortification. Report of a WHO Expert Consultation, Luxembourg, 21-22 March 2007*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.

<sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers*. 3<sup>e</sup> édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

<sup>6</sup> [http://webitpreview.who.int/entity/nutrition/publications/micronutrients/WHOStatement\\_IDD\\_pregnancy.pdf](http://webitpreview.who.int/entity/nutrition/publications/micronutrients/WHOStatement_IDD_pregnancy.pdf).

<sup>7</sup> Voir le document WHA62/2009/REC/3, summary record of the fifth meeting of Committee B, section 1.

25. Le Bureau régional de l'Afrique a continué à enregistrer des produits informationnels multilingues dans ses trois langues officielles et à en faciliter l'accès, tandis que le Bureau régional de l'Europe a accédé à 54 demandes de droits de traduction en 2009. Depuis janvier 2009, le Bureau régional des Amériques a traduit 12 publications, tandis que le Bureau régional de la Méditerranée orientale et ses partenaires ont publié 22 publications multilingues. Au Bureau régional du Pacifique occidental, les traductions dans des langues non officielles sont désormais prises en compte dans la planification régionale.

26. Le travail entrepris pour donner accès au contenu du **site Web de l'OMS en plusieurs langues** s'est poursuivi. Entre janvier et septembre 2009, un nombre important de pages supplémentaires ont été publiées sur le site Web du Siège : 5526 en anglais ; 418 en arabe ; 344 en chinois ; 504 en espagnol ; 690 en français ; et 359 en russe. On s'emploie à actualiser et à remanier certaines pages afin d'améliorer la qualité de l'information multilingue.

27. Au Bureau régional de l'Europe, des pages Web supplémentaires ont été créées en allemand, en anglais, en français et en russe ; un nouveau système de gestion du contenu, qui sera mis en place au début de 2010, leur donnera une plus grande visibilité. De même, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a rendu plus accessibles ses pages Web en arabe et a proposé une formation à deux des membres du personnel au Siège pour établir en interne une version arabe du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*.

28. On a progressé dans la mise en place d'un mécanisme permettant de fixer les **priorités en matière de traduction**. Les Bureaux régionaux OMS de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ont entamé des consultations avec les États Membres en vue, d'une part, de définir une stratégie claire et efficace pour fixer les priorités de traduction et, d'autre part, de déterminer les sujets et les titres les plus importants. Une liste globale des produits informationnels dont la publication a été approuvée est désormais accessible sur une plate-forme électronique appelée « e-Pub ». Les États Membres peuvent utiliser cette plate-forme pour consulter la liste, qui indique les traductions prévues, et faire des suggestions à propos des publications à traduire en priorité. La plate-forme est en service et accessible à l'ensemble de l'Organisation ; les membres du personnel du Siège et des bureaux régionaux ont été formés à son utilisation.

29. Au Siège, des **guides de style pour le Web** ont été établis pour toutes les langues officielles ; cependant, il manque encore un rédacteur. Une section de terminologie et un poste de terminologie ont été créés au Bureau régional de l'Afrique dans le but d'harmoniser le style. Le Bureau régional de l'Europe est en train d'adapter un guide de style en allemand, en français et en russe.

30. Le plan d'action prévoit de créer des **archives institutionnelles mondiales** pour rassembler et conserver sous forme numérique la production intellectuelle de l'OMS. Un atelier a été organisé en octobre 2009 pour étudier et choisir un système d'archivage, première étape pour constituer des archives institutionnelles au Siège et dans les bureaux régionaux avant janvier 2010.

31. Dans la résolution WHA61.12, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de veiller à ce que soit établie **une base de données des langues officielles que maîtrise le personnel de la catégorie professionnelle**. En application de la résolution, une enquête pilote sur les compétences linguistiques du personnel a été menée dans un Département du Siège. Des enquêtes analogues sont prévues dans d'autres Départements ; elles seront suivies d'une évaluation à l'échelle de toute l'Organisation.

## H. SANTÉ DES MIGRANTS

32. Depuis l'adoption de la résolution WHA61.17, la crise économique mondiale a eu des répercussions importantes sur la population des migrants, suscitant des préoccupations quant aux effets du chômage, de la baisse des salaires et de la détérioration des conditions de travail sur leur santé. Les flux de migration clandestine, due principalement à la pauvreté et à l'absence d'emploi, continuent à avoir des conséquences sanitaires considérables, car beaucoup de migrants en situation irrégulière n'ont pas accès aux services de santé. De plus, les catastrophes naturelles, les conflits armés et l'insécurité alimentaire ont fait des millions de personnes déplacées, dont la santé est de ce fait précaire. La pandémie de grippe A (H1N1) 2009 a fait ressortir les liens entre la mobilité de la population et la propagation des maladies ; face à une telle situation, l'accès universel aux mesures de prévention et aux soins est indispensable, quel que soit le statut des migrants.

33. En ce qui concerne les déplacements forcés de population, l'OMS a continué son travail de chef de file du Groupe pour la santé dans l'action humanitaire, collaborant avec ses partenaires, les gouvernements et les communautés pour réduire le nombre de décès évitables, la charge de la maladie et les incapacités dans les pays touchés par des crises ou qui y sont vulnérables.

34. L'Organisation a mobilisé des ressources pour que les populations déplacées ou touchées par des crises aient plus facilement accès aux services de santé. Les groupes visés sont les réfugiés, les personnes déplacées dans leur pays, les rapatriés et les communautés hôtes, en particulier en Afghanistan, au Cameroun, en Colombie, en Jordanie, au Pakistan, en République arabe syrienne, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, au Soudan et au Tchad. On s'est également efforcé de faire figurer des informations concernant la santé des personnes déplacées dans les systèmes d'information sanitaire nationaux.

35. L'OMS a fourni un appui aux États Membres et aux partenaires pour rassembler des données sur certains groupes de migrants avec lesquels il est difficile d'entrer en contact, par exemple ceux de la partie sud du Mexique et des provinces frontalières de la Thaïlande. Le rôle de l'Organisation a consisté à recueillir des informations sur l'état de santé des migrants et sur les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de santé. Dans la Région OMS de l'Europe, les recherches effectuées auprès des femmes migrantes en vue de promouvoir leurs droits en matière de santé génésique ont permis d'établir une documentation sur les mesures qui facilitent l'accès aux services de santé et qui influent sur les déterminants de la santé des migrants.

36. Dans la Région européenne, un groupe de travail sur la santé des migrants a recensé les activités menées dans la Région dans ce domaine ; le groupe a communiqué ses informations aux bureaux de pays et coordonné les apports techniques aux processus portant sur la question. Dans le cadre de la consultation multipartite sur la santé des migrants organisée au niveau de l'Union européenne sur le thème « une meilleure santé pour tous » (Lisbonne, 24 et 25 septembre 2009), l'OMS a corédigé des recommandations préconisant une politique qui tienne compte des besoins particuliers des migrants.

37. Plusieurs initiatives européennes ont cherché, en collaboration avec des partenaires, à prévenir la propagation des maladies infectieuses et à garantir l'accès des travailleurs migrants aux services de santé, et elles ont servi de base aux discussions entre le Premier Ministre russe et le Directeur général en juin 2009.

38. L'OMS et l'Organisation internationale pour les Migrations ont, ensemble, plaidé pour la santé des migrants lors de plusieurs rencontres : le seizième dialogue sur la migration pour l'Afrique du Sud ; une table ronde ministérielle organisée par le Conseil économique et social des Nations Unies sur les besoins sanitaires des femmes migrantes ; et la Septième Conférence mondiale sur la promotion



de la santé (Nairobi, 26-30 octobre 2009). Les recommandations portaient notamment sur la nécessité de renforcer le droit des migrants de bénéficier de services sanitaires et sociaux, la collaboration multirégionale et multisectorielle, la prise en compte de la santé dans le dialogue sur les politiques de migration, en particulier le Forum mondial sur la migration et le développement, et la prise en compte des questions de migration dans les débats sur la politique étrangère et la santé mondiale.

39. En 2009, pour développer leurs capacités dans le domaine des migrations et de la santé et pour perfectionner leurs programmes conjoints, l'Organisation internationale pour les Migrations et l'OMS ont conclu un accord de coopération prévoyant le détachement d'un membre du personnel à l'OMS en qualité de haut responsable de la santé des migrants.

40. L'OMS a participé à la vingt-quatrième réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, qui était consacrée aux déplacements forcés et aux populations de migrants ; l'Organisation a également pris part à la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions aux voyages liées au VIH, qui a examiné les questions d'accès universel et de droits de l'homme.

41. Pour que les systèmes de santé de toutes les Régions assurent des services équitables et adaptés aux sociétés multiethniques contemporaines, il faut encore effectuer des analyses systématiques de la santé des migrants, en se fondant sur des données ventilées indiquant notamment l'âge et le sexe, encourager la coopération entre pays sur et entre secteurs, et concevoir des politiques cohérentes.

42. En collaboration avec l'Organisation internationale pour les Migrations, l'OMS organise une consultation mondiale multipartite pour recenser dans toutes les Régions les mesures, les bonnes pratiques et les recommandations de politique générale dans le domaine de la santé des migrants, et pour instaurer un réseau technique intersectoriel. Les résultats de la consultation, qui est prévue au début de 2010, seront communiqués à l'Assemblée de la Santé.

= = =