



Rapports de situation

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
A. Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (résolution WHA61.1)	2
B. Lutte contre l'onchocercose par la distribution d'ivermectine (résolution WHA47.32)	4
C. Changement climatique et santé (résolution WHA61.19 et résolution EB124.R5).....	6
D. Amélioration de la santé grâce à une gestion rationnelle des pesticides obsolètes et autres produits chimiques obsolètes (résolution WHA63.26).....	8
E. Amélioration de la santé grâce à une gestion sûre et écologiquement rationnelle des déchets (résolution WHA63.25)	9
F. Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (résolution WHA58.31)	11
G. Mutilations sexuelles féminines (résolution WHA61.16).....	13
H. Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (résolution WHA60.25)	15
I. Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16).....	17
J. Mise en œuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida (résolution WHA59.12)	19

A. POLIOMYÉLITE : DISPOSITIF DE GESTION DES RISQUES SUSCEPTIBLES DE COMPROMETTRE L'ÉRADICATION (résolution WHA61.1)

1. En 2008, dans la résolution WHA61.1, l'Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général d'élaborer une nouvelle stratégie visant à renforcer la lutte en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans les derniers pays touchés. Afin de jeter les bases de la nouvelle stratégie, un programme de travail spécial pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, d'une durée d'un an, a été mis en œuvre en 2009. Il avait en particulier pour objet d'évaluer les innovations tactiques, de mener des essais cliniques pour les nouvelles formulations de vaccins (notamment le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent) et de faciliter un examen indépendant des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage. La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a pris note des progrès accomplis et a souscrit au cadre proposé pour un nouveau plan stratégique pour 2010-2012,¹ qui a ensuite été achevé et lancé en juin 2010.

2. À sa cent vingt-huitième session, à l'examen d'une version antérieure du présent rapport, le Conseil exécutif a pris note de l'impact du nouveau plan stratégique 2010-2012, notamment des importants progrès réalisés en Inde et au Nigéria, et s'est déclaré préoccupé par la transmission continue de certains poliovirus rétablis, par la propagation internationale continue de poliovirus sauvages et, surtout, par le déficit de financement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, ce qui a menacé de compromettre les récents progrès. Le Conseil s'est par ailleurs félicité de l'établissement du comité de suivi indépendant qui s'est réuni pour la première fois les 21 et 22 décembre 2010 et qui se réunira tous les trimestres pour suivre la mise en œuvre et les répercussions du nouveau plan stratégique 2010-2012 par rapport aux grandes étapes prévues et aux principaux indicateurs relatifs au déroulement des opérations fixés à cette fin, et qui conseillera pays et institutions partenaires sur les mesures correctives, s'il y a lieu.² Le Conseil a constaté que le comité de suivi indépendant suscitait une nouvelle dynamique pour l'éradication de la poliomyélite et a appelé les États Membres à engager des ressources additionnelles pour garantir la pleine mise en œuvre du plan stratégique 2010-2012.

3. Le 1^{er} mars 2011, la situation des trois grandes étapes du plan stratégique 2010-2012 était la suivante :

i) Pays où sont survenues de nouvelles flambées de poliomyélite dues à un poliovirus importé :³ depuis la mi-2010, aucun cas de poliomyélite due à une importation initiale de poliovirus n'a été détecté dans un seul des 15 pays qui avaient signalé de nouvelles flambées en 2009. Dans les 11 pays où de nouvelles flambées ont eu lieu en 2010, aucune flambée n'a persisté plus de six mois.

ii) Pays où « la transmission du poliovirus est rétablie » :⁴ le poliovirus sauvage de type 1 n'avait pas été détecté au Sud-Soudan depuis le 27 juin 2009. Les pays où l'on considère que la transmission rétablie du poliovirus est continue sont le Tchad (cas le plus récent : 23 décembre 2010), la République démocratique du Congo (27 décembre 2010) et l'Angola (7 janvier 2011).

¹ Document WHA63/2010/REC/3, procès-verbal de la huitième séance de la Commission B, section 2A.

² Document EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la onzième séance, section 3.

³ Pays où, à la mi-2010, doivent avoir cessé toutes les flambées de poliomyélite ayant débuté en 2009. Le délai pour mettre un terme à toute nouvelle flambée (c'est-à-dire aux flambées qui se sont déclenchées en 2010, 2011 ou 2012) est fixé à six mois après la confirmation du cas indicateur.

⁴ Pays où, à la fin de 2010, toute transmission « rétablie » du poliovirus doit avoir cessé.

iii) Pays où la transmission du poliovirus est endémique :¹ globalement, dans les quatre pays où la transmission endémique du poliovirus persiste, le nombre de cas de poliomyélite a diminué de 82 % en 2010 par comparaison à la même période de 2009 (232 cas en 2010 contre 1256 en 2009, au 1^{er} mars 2011).² En Inde, le nombre de cas a chuté de 95 % (42 cas contre 740), au Nigéria de 95 % (21 cas contre 388) et en Afghanistan de 35 % (25 cas contre 38). Au Pakistan, le nombre de cas a augmenté de 61 % (144 cas en 2010 contre 89 en 2009).

4. Bien que des progrès aient globalement été accomplis sur la voie de la réalisation des première et troisième grandes étapes du plan stratégique, de graves obstacles subsistent. En particulier, la réalisation de la deuxième grande étape, qui consiste à mettre fin d'ici à la fin de 2010 à toute « transmission du poliovirus qui a été rétablie », a échoué en Angola et est très compromise au Tchad et en République démocratique du Congo. En Angola, plus de 25 % des enfants ont échappé aux activités de vaccination supplémentaires dans certaines zones du pays, ce qui a contribué à la persistance de la transmission, à la flambée en 2010 et à sa propagation par-delà la frontière, au Congo et en République démocratique du Congo. En outre, en République démocratique du Congo, une souche de virus qui n'avait pas été détectée depuis 2008 a été isolée dans la province orientale du Katanga en juin 2010, jusqu'à décembre au moins, ce qui montre qu'il subsiste des lacunes dans la mise en œuvre à la fois des activités de vaccination supplémentaires et des activités de surveillance dans cette zone. La réalisation de la troisième grande étape consistant à mettre un terme à la transmission du poliovirus dans les pays où le virus est endémique d'ici à la fin 2011 est mise en péril au Pakistan du fait des difficultés opérationnelles qui continuent à entraver l'amélioration de la qualité des activités de vaccination supplémentaires dans les zones réservoirs persistantes du poliovirus dans le pays. Ces problèmes ont en outre été aggravés par l'insécurité et les conflits dans les zones tribales sous administration fédérale et par les graves inondations qui ont touché le pays à la mi-2010. Au vu de ces risques, et conformément aux dispositions du plan stratégique 2010-2012, l'Angola, la République démocratique du Congo et le Pakistan ont élaboré ou mis à jour leurs plans d'urgence pour intensifier les activités d'éradication, sous l'autorité de leurs chefs d'État respectifs. Ces plans ont été présentés au comité de suivi indépendant les 21 et 22 décembre 2010, la mise en œuvre débutant en janvier 2011. Le Tchad a été invité à présenter son plan d'urgence à la réunion de fin mars 2011 du comité de suivi indépendant.

5. La propagation internationale de poliovirus sauvages continue de compromettre sérieusement l'objectif d'un monde sans poliomyélite. En 2010, l'ensemble des 11 nouvelles flambées ont été arrêtées dans les six mois, ou sont en passe de l'être dans ce délai. Mais la nature explosive des flambées survenues au Congo et au Tadjikistan, liées toutes deux à une nouvelle propagation internationale de poliovirus sauvages, montre clairement que le risque persiste. En mars 2011, il était absolument prioritaire d'interrompre les flambées liées à des importations nouvelles, récentes au Congo, au Gabon, dans la région frontalière entre l'Ouganda et le Kenya, dans la Fédération de Russie, et surtout au Tchad qui a été réinfecté par une nouvelle importation de poliovirus sauvage de type 1 en septembre 2010.

6. Parallèlement à la diminution de l'incidence du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale, les États Membres prennent des mesures supplémentaires pour réduire le risque de nouvelles flambées causées par la propagation internationale de poliovirus sauvages ou par l'émergence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. Parmi ces mesures figurent les activités supplémentaires et

¹ La transmission de tous les poliovirus doit avoir cessé dans au moins deux des quatre pays d'endémie à la fin de 2011.

² Données disponibles à l'adresse <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>.

systématiques de vaccination visant à combler les lacunes dans l'immunité de la population et la vaccination des voyageurs se rendant dans les zones touchées par la poliomyélite ou provenant de ces zones. De même, il est devenu de plus en plus important d'assurer des activités de riposte rapide par la vaccination pour lutter contre les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, au fur et à mesure que des progrès sont faits sur la voie de l'éradication du poliovirus sauvage. En 2010, des flambées dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ont eu lieu en Afghanistan, en Éthiopie, en Inde, au Nigéria et en République démocratique du Congo.

7. Lors du lancement du plan stratégique 2010-2012, les résultats d'une nouvelle étude portant sur les aspects économiques de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont été diffusés. Ceux-ci suggéraient que les bénéfiques nets supplémentaires découlant de l'éradication de la poliomyélite, cumulés au cours de la période 1988-2035, seraient d'au moins US \$42 milliards.¹ Toutefois, les déficits dans le financement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent de se traduire par un recul des activités de vaccination supplémentaires et de surveillance dans certaines zones, par des retards dans la mise en œuvre des activités de riposte aux flambées dans d'autres, et par la diminution de l'assistance technique à long terme fournie par le Secrétariat à certains États Membres. Au 1^{er} mars 2011, 38 % du budget 2011-2012, qui s'élève à US \$1,86 milliard, n'étaient toujours pas financés.

B. LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE PAR LA DISTRIBUTION D'IVERMECTINE (résolution WHA47.32)

8. L'onchocercose (cécité des rivières) sévit actuellement à l'état endémique principalement dans 30 pays d'Afrique subsaharienne,² mais également dans six pays d'Amérique latine³ et au Yémen.

Afrique

9. Le Programme de lutte contre l'onchocercose a été établi en 1974 dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest avec pour objectif d'éliminer l'onchocercose en tant que maladie revêtant une importance pour la santé publique et obstacle au développement socio-économique. La principale stratégie du Programme était la lutte antivectorielle, associée depuis 1989 au traitement de masse par l'ivermectine. Bien que le Programme ait arrêté ses activités en 2002, ayant atteint son principal objectif dans tous les pays sauf la Sierra Leone, il a été décidé de poursuivre les activités de surveillance régulière et le traitement de masse par l'ivermectine dans tous les pays afin de préserver les acquis.

10. En 1994, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA47.32 sur la lutte contre l'onchocercose par la distribution d'ivermectine, notant en particulier que l'onchocercose pourrait être maîtrisée par l'utilisation de l'ivermectine, fournie gratuitement par le fabricant.

¹ Thompson K, Pallansch MA, Cochi SL et al. Economic analysis of the Global Polio Eradication Initiative. *Vaccine*, 29 (2011), 334-343.

² Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tchad et Togo.

³ Brésil, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique et Venezuela (République bolivarienne du).

-
11. En 1995, le Programme africain de lutte contre l'onchocercose a été lancé pour lutter contre la maladie dans 19 pays restants d'Afrique où elle était endémique, avec pour objectif de mettre en place un traitement durable par l'ivermectine sous directives communautaires et, le cas échéant, d'éradiquer le vecteur dans certains foyers au moyen de méthodes écologiquement sûres.
12. Conformément à la demande adressée dans la résolution WHA47.32 aux États Membres pour qu'ils établissent des **plans nationaux**, la stratégie de traitement par l'ivermectine sous directives communautaires est mise en œuvre dans le cadre de groupes spéciaux nationaux dans 15¹ des 19 pays participant au Programme. Dans certains pays d'endémie restants, on a recours au traitement par l'ivermectine administrée en dispensaire.
13. Les résultats de la **cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose**, effectuée dans plus de 13 000 villages dans les 19 pays du Programme, ont facilité la sélection de zones prioritaires pour le traitement de masse par l'ivermectine d'environ 120 millions de personnes exposées à l'infection.
14. Le Programme africain de lutte contre l'onchocercose **renforce les soins de santé primaires** en développant les capacités des communautés et du personnel de santé de première ligne. La décision d'associer les communautés aux activités de lutte leur a permis d'assumer la responsabilité de la fourniture de l'ivermectine, de décider comment, quand et par qui le traitement devrait être administré et de superviser la mise en œuvre du traitement par l'ivermectine sous directives communautaires. En 2009, plus de 507 000 distributeurs formés sous directives communautaires et près de 37 000 agents de santé de 15 pays ont administré l'ivermectine à 66 millions de personnes.
15. Le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires offre également un excellent point d'entrée pour d'autres interventions sanitaires. Plusieurs projets du Programme ont fait état de la distribution de près de 26 millions de traitements ou de produits à utiliser contre d'autres maladies en 2009. La mise en œuvre conjointe élargie de la distribution d'ivermectine et d'autres interventions sanitaires se poursuit, contribuant à la mise en œuvre de la chimiothérapie préventive pour lutter contre les maladies tropicales négligées.
16. Le Programme africain de lutte contre l'onchocercose assure la **coordination** entre les différents partenaires (gouvernements, organismes parrainants, donateurs, organisations non gouvernementales et le fabricant qui offre l'ivermectine) ainsi que le suivi des progrès.
17. Sur la base d'évaluations épidémiologiques récentes effectuées par le Programme, 20 pays² d'Afrique sont susceptibles d'éliminer l'infection et d'interrompre la transmission de l'onchocercose dans la plupart des foyers.
18. Toutefois, des problèmes subsistent pour assurer la poursuite des programmes nationaux après la fin du Programme en 2015, en particulier en fournissant un soutien pour permettre à sept pays qui ont connu des conflits d'étendre leur couverture géographique et thérapeutique.

¹ Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Guinée équatoriale, Libéria, Malawi, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Soudan et Tchad.

² Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Malawi, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Tchad et Togo.

Amériques

19. Le Programme d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques a débuté en 1992 et est actuellement mis en œuvre au titre de la résolution CD48.12 de l'OPS/OMS de 2008, qui appelle à éliminer la morbidité oculaire et à interrompre la transmission du parasite dans toute la Région d'ici 2012. L'objectif opérationnel du Programme est d'éliminer l'onchocercose humaine grâce au traitement par l'ivermectine au moins deux fois par année, en atteignant une couverture minimum de 85 % de la population retenue dans toutes les communautés d'endémie. La coordination entre les partenaires est assurée par le Programme, qui comprend les gouvernements des pays d'endémie, le Bureau régional des Amériques et plusieurs partenaires internationaux.

20. Comme en Afrique (voir ci-dessus), les pays du Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques ont mis en place des programmes nationaux de lutte contre l'onchocercose relevant de leur ministère de la santé. L'ensemble des 13 foyers de la Région des Amériques a atteint une couverture supérieure à 85 % en 2006 et la transmission du parasite a été interrompue dans sept d'entre eux en 2010 où la distribution d'ivermectine a donc été stoppée. Aucun cas de cécité attribuable à l'onchocercose n'a été signalé dans la Région depuis plus de 10 ans. En 2011, la Colombie deviendra peut-être le premier pays à demander la certification de l'élimination après la fin d'une période de surveillance post-thérapeutique de trois ans. L'Équateur pourrait suivre en 2013. La zone de Yanomami que se partagent le Brésil et le Venezuela (République bolivienne du) est considérée comme le plus grand obstacle à l'interruption régionale de la transmission d'ici à 2012. De récents accords de coopération entamés entre les deux pays offrent la possibilité d'une percée dans les activités programmatiques de cette zone difficile d'accès.

Yémen

21. Le traitement par l'ivermectine en dispensaire des lésions cutanées graves (sowda) est mis en œuvre avec succès au Yémen depuis 10 ans. Un plan d'action national a été élaboré en 2010 afin d'éliminer l'onchocercose dans le pays d'ici 2015 grâce à la distribution de masse d'ivermectine et à la lutte antivectorielle.

C. CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ (résolution WHA61.19 et résolution EB124.R5)

22. Le présent rapport fait suite à la requête contenue dans la résolution WHA61.19 et la résolution EB124.R5, dans lesquelles il est demandé de faire rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution et du plan de travail. À sa cent vingt-huitième session en janvier 2011, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport.¹

23. **Sensibilisation et persuasion.** Le Secrétariat a travaillé avec les États Membres pour organiser une série de conférences de haut niveau qui portaient soit spécifiquement sur le changement climatique et la santé (dans la Région de l'Asie du Sud-Est, par exemple, des réunions de parlementaires (Thimphu, 5-7 octobre 2010) et de ministres (Dhaka, 19-21 octobre 2010)) ou dans le cadre desquelles le lien entre changement climatique et santé était une composante importante (Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé en Europe, Parme (Italie), 10-12 mars 2010, et Deuxième Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en

¹ Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 4.

Afrique, Luanda, 23-26 novembre 2010). Le Secrétariat facilite par ailleurs la coordination entre le nombre croissant d'associations de professionnels de la santé et d'organisations non gouvernementales intéressées afin d'obtenir et de diffuser des informations sur la sensibilisation aux questions de santé.

24. Partenariat avec des organisations du système des Nations Unies et d'autres parties. L'OMS présente l'optique de la santé lors des débats du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies et du Comité de haut niveau sur les programmes, et organise conjointement un nouveau groupe de travail des Nations Unies sur la dimension sociale du changement climatique. L'OMS a par ailleurs organisé deux manifestations portant sur la santé pendant les sessions de préparation de la Seizième Conférence des Parties à la Convention-cadre (Cancún (Mexique) du 29 novembre au 10 décembre 2010), lors de laquelle elle a organisé trois autres manifestations. Elle participe pleinement à des instances de discussion sur le changement climatique au niveau régional, par exemple avec le Bureau régional de la Méditerranée orientale qui représente les intérêts de la santé au Forum régional sur l'initiative des États arabes pour la résistance aux chocs climatiques, dans le cadre du PNUD. Grâce à cet engagement, les questions de santé sont mieux représentées dans les divers mécanismes du système des Nations Unies et sont mieux prises en compte dans les textes de négociation de la Convention-cadre.

25. Promouvoir et soutenir la production de données scientifiques. Le Secrétariat a achevé une analyse systématique de la mesure dans laquelle les travaux de recherche menés récemment sur le changement climatique et la santé répondent à des priorités telles que celles qui sont définies par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA61.19. L'évaluation de la charge mondiale de morbidité résultant du changement climatique se poursuit, les estimations finales devant être publiées au début de 2011. Le Secrétariat identifie actuellement les avantages que les stratégies visant à atténuer les effets du changement climatique proposées par le Groupe intergouvernemental sur l'évolution du climat dans ses rapports sur l'agriculture, les transports, l'utilisation de l'énergie par les ménages et l'habitat pourront avoir sur la santé. Le Secrétariat élabore des documents de synthèse sur la manière dont l'atténuation dans ces secteurs peut également améliorer la santé. Il contribue en outre au rapport spécial établi par le Groupe intergouvernemental sur l'évolution du climat concernant les phénomènes climatiques extrêmes; de son côté, le Bureau régional de l'Europe fournit des orientations techniques sur les systèmes d'avis de vagues de chaleur et de veille sanitaire, qui ont été préparées conjointement avec l'OMM.

26. Renforcer les systèmes de santé pour protéger les populations des conséquences négatives du changement climatique pour la santé. Un projet de lignes directrices sur les vulnérabilités sur le plan de la santé et les mesures d'adaptation au changement climatique a été établi. L'OPS a ensuite accueilli une réunion mondiale (San José, 20-23 juillet 2010), qui a permis d'intégrer les informations fournies par 16 pays dans le texte final publié au début de 2011. Le Bureau régional de l'Afrique a examiné la place accordée à la santé dans les programmes d'action nationaux pour l'adaptation des pays les moins avancés et a constaté qu'il existait de grandes insuffisances. Une consultation sur les mesures essentielles de santé publique visant à renforcer la résistance des pays en développement aux chocs climatiques a ensuite été organisée avec les programmes de l'OMS concernés et certains États Membres (Genève, 6-7 septembre 2010). Au niveau des pays, le Secrétariat a apporté son appui à la réalisation d'évaluations de la vulnérabilité et de l'adaptation dans plus de 30 pays, par exemple dans le cadre d'une initiative du Bureau régional du Pacifique occidental portant sur 15 pays, dont 11 pays insulaires du Pacifique, et d'initiatives du Bureau régional de l'Europe, qui concernaient 13 pays européens. L'OMS met désormais en œuvre des projets concrets sur la protection de la santé face au changement climatique dans 16 pays situés dans toutes les Régions, et appuie une initiative nouvelle, en Chine, pour des hôpitaux sûrs et respectueux de l'environnement. Par ailleurs, une nouvelle initiative régionale est en train d'être élaborée pour renforcer la protection de la santé face au changement climatique sur l'ensemble de l'Afrique.

D. AMÉLIORATION DE LA SANTÉ GRÂCE À UNE GESTION RATIONNELLE DES PESTICIDES OBSOLÈTES ET AUTRES PRODUITS CHIMIQUES OBSOLÈTES (résolution WHA63.26)

27. L'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques offre un cadre général pour les actions relatives à la gestion rationnelle des produits chimiques.¹ Le Secrétariat continue à contribuer à la mise en œuvre de l'Approche stratégique. Le présent rapport décrit les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution WHA63.26. À sa cent vingt-huitième session en janvier 2011, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du rapport.²

28. Le Secrétariat fournit des données probantes pour les décideurs sur les conséquences sanitaires de certains pesticides obsolètes et d'autres produits chimiques obsolètes, en partageant les informations dont il dispose sur les actions qui ont été des succès, et en encourageant les stratégies et les mesures nationales permettant de gérer d'autres produits chimiques majeurs. Par exemple, l'utilisation d'appareils contenant du mercure pour mesurer la tension artérielle ou de thermomètres dans les hôpitaux est obsolète parce que des matériels de remplacement sans mercure, validés et d'un bon rapport coût/efficacité, sont disponibles. Le Secrétariat collabore avec les partenaires du secteur de la santé pour que soient éliminés ces appareils. Il collabore avec l'Indonésie et la Thaïlande pour renforcer les capacités nationales de gestion rationnelle des principaux agents cancérigènes industriels, dont l'amiante. L'OMS dirige, en partenariat avec le PNUE, une initiative mondiale visant à éliminer les peintures à base de plomb, qui continuent à être source de concentrations élevées de plomb dans le sang des enfants.

29. Une version mise à jour de la *WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification 2009* (classification recommandée des pesticides par dangerosité), élaborée sous l'égide du Programme interorganisations pour la gestion rationnelle des produits chimiques, a été publiée en 2010.³ Elle établit la liste des pesticides qui sont obsolètes ou qui ne doivent plus être utilisés en tant que tels et fournit des listes des pesticides dangereux. Elle permet un choix judicieux des pesticides, prévenant ainsi l'accumulation de stocks.

30. Par l'intermédiaire du Système OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES) et en étroite collaboration avec la FAO et le PNUE, le Secrétariat a apporté une aide aux États Membres dans la gestion du cycle de vie des pesticides utilisés en santé publique. Cette aide a notamment porté sur l'élaboration de politiques, de stratégies, de lignes directrices et de normes, et sur la mise en œuvre de projets dans des pays déterminés. Un ensemble d'instruments pour la gestion des pesticides a été élaboré afin de fournir un soutien aux États Membres dans la gestion rationnelle des pesticides utilisés en santé publique, et notamment sur les questions liées à l'enregistrement, la distribution et la vente, l'utilisation et l'application, et l'élimination des déchets de pesticides, ainsi que pour la formation et la sensibilisation, et la mise en œuvre de la réglementation relative aux pesticides.⁴

31. Un soutien a été fourni à 13 pays de différentes Régions de l'OMS, la priorité étant accordée aux pays d'Afrique, et a porté sur l'analyse de la situation, l'évaluation des besoins et l'élaboration de plans d'action nationaux moyennant une approche multisectorielle, faisant intervenir de multiples

¹ Voir le document A63/21.

² Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 4.

³ Organisation mondiale de la Santé. *The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (en anglais seulement).

⁴ Pour plus d'informations, voir http://www.who.int/whopes/recommendations/who_fao_guidelines/en/index.html (consulté le 1^{er} mars 2011).

parties prenantes. Il a également compris une évaluation des capacités des laboratoires nationaux à effectuer le contrôle de la qualité des pesticides et une formation à l'élaboration de spécifications pour ce type de contrôle de la qualité. Garantir la qualité des pesticides permet d'éviter le rejet de ceux-ci par les acheteurs, et de prévenir ainsi l'accumulation de stocks de produits indésirables.

32. En 2010, le Système OMS d'évaluation des pesticides a mené à bien une étude mondiale dans près de 140 pays où les maladies à transmission vectorielle sont endémiques afin d'obtenir une vue d'ensemble des pratiques en matière d'enregistrement et de gestion des pesticides utilisés en santé publique et des informations sur celles-ci. Les informations obtenues fourniront une meilleure base de connaissances pour la conception de plans visant à optimiser et à harmoniser les procédures d'enregistrement et la réglementation postérieure à l'enregistrement pour les pesticides utilisés en santé publique. Elles serviront aussi à l'élaboration de stratégies et de plans d'action pour renforcer les capacités des États Membres à une gestion rationnelle des pesticides utilisés en santé publique et permettront de manière préventive d'éviter l'accumulation de pesticides obsolètes. Les conclusions de l'étude ont fait ressortir un problème commun, à savoir que les ressources des États Membres pour la gestion rationnelle des pesticides utilisés en santé publique restent en général fortement insuffisantes.

E. AMÉLIORATION DE LA SANTÉ GRÂCE À UNE GESTION SÛRE ET ÉCOLOGIQUEMENT RATIONNELLE DES DÉCHETS (résolution WHA63.25)

33. **Projet soutenu par le Fonds pour l'environnement mondial.** Dans la résolution WHA63.25, le Directeur général était notamment prié de continuer à soutenir la prévention des risques sanitaires que présente l'exposition aux déchets médicaux et à promouvoir une gestion écologiquement rationnelle de ces déchets. Le Secrétariat a donc poursuivi ce projet de quatre ans commencé à la mi-2008. Le but du projet était de promouvoir les meilleures techniques et pratiques pour réduire au maximum ou éliminer les rejets de polluants organiques persistants et de mercure dans l'environnement, et d'en faire la démonstration. L'Argentine, l'Inde, la Lettonie, le Liban, les Philippines, le Sénégal et le Viet Nam participent au projet auquel sont associés des partenaires nationaux. De plus, le College of Engineering and Technology de l'Université de Dar-es-Salaam (République-Unie de Tanzanie) met au point et expérimente des technologies abordables pour le traitement des déchets médicaux sans incinération. Le but est d'appliquer les processus en question dans des centres de traitement qui puissent être construits et exploités dans des pays d'Afrique subsaharienne, en utilisant des fournitures et des compétences disponibles localement.

34. **Appui de l'Alliance GAVI.** De plus, dans le domaine des déchets médicaux, l'Alliance GAVI a fourni un soutien financier aux 72 pays concernés pour le renforcement des capacités et l'élaboration de plans, de politiques, de réglementations et de stratégies d'application nationaux. L'OMS a participé à la fourniture d'un soutien technique. La plupart des pays concernés sont maintenant dotés de tels plans et les mettent en œuvre.

35. **Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008).** La Déclaration de Libreville est le produit de la Première Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique (Libreville, 26-29 août 2008), hébergée par le Gouvernement gabonais et coorganisée par l'OMS et le PNUE. Dans la Déclaration, les pays africains se sont engagés à établir des alliances stratégiques pour la santé et l'environnement comme base de plans d'action conjoints.

36. **Utilisation de mercure dans les soins de santé.** En juillet 2008, une initiative mondiale visant à remplacer les dispositifs médicaux contenant du mercure par d'autres moyens plus sûrs, qui soient à la fois d'un coût abordable et précis, a été lancée par Health Care Without Harm et l'OMS dans le cadre du Partenariat mondial sur le mercure du PNUE. L'OMS fournit des avis techniques sur la façon d'évaluer des thermomètres et tensiomètres sans mercure. En 2010, le Ministère de la Santé argentin a

publié une décision administrative interdisant la production, l'importation, la vente ou le transfert gratuit de sphygmomanomètres à mercure destinés au grand public, aux médecins ou aux vétérinaires.¹ L'importation de ces articles a été immédiatement stoppée, toutes les ventes devant cesser dans les six mois. Des pays comme le Brésil, le Mexique, le Népal et la République-Unie de Tanzanie progressent vers le même objectif.

37. **Sensibilisation.** L'OMS a assuré une action de sensibilisation visant à faire adopter les principes fondamentaux relatifs aux déchets médicaux, selon lesquels tous les intervenants associés au financement et à l'appui d'activités de soins de santé devraient prévoir de couvrir le coût de la gestion des déchets médicaux. Malgré des résultats encourageants, il faudra insister davantage sur ce point.

38. **Gestion des déchets médicaux dans les situations d'urgence.** Dans le cadre du Comité permanent interinstitutions, les activités de l'OMS ont notamment consisté à transmettre des avis et à prendre des mesures immédiates face aux besoins liés aux déchets médicaux apparus lors des situations d'urgence en Haïti ou au Pakistan.

39. **Activités visant à produire des données scientifiques.** Dans la Région européenne, les inégalités en matière de santé pour ce qui est de l'exposition aux déchets dans l'environnement ont été évaluées et un rapport a été remis à la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Parme, Italie, 10-12 mars 2010) dans le cadre d'un document de fond sur les inégalités en rapport avec la santé et l'environnement.² De plus, des lignes directrices applicables à l'évaluation de l'impact sur la santé ont été passées en revue pour toute une série de décharges pour déchets spéciaux (par exemple les sites militaires et dépôts de carburant).

40. **Autonomisation.** Plusieurs ateliers régionaux ont été organisés sur la gestion des déchets médicaux et des matériels de formation ont été largement distribués et utilisés. La deuxième édition du manuel de référence de l'OMS intitulé *Safe management of wastes from health-care activities* (la gestion sans danger des déchets liés aux activités de soins) sera disponible en 2011. Des documents, des lignes directrices et des orientations ont été traduits et largement distribués dans les pays. Tous les efforts sont faits pour que les pages consacrées à la gestion des déchets médicaux sur le site Web, qui sont beaucoup consultées, soient actualisées et conviviales.

41. **Renforcement de la gestion des déchets médicaux.** Les activités dans ce domaine ont principalement impliqué les États Membres de la Région européenne. En Azerbaïdjan, par exemple, un soutien technique a été apporté pour évaluer la situation actuelle. Les résultats obtenus ont permis d'élaborer une politique nationale et de préparer une estimation budgétaire et une feuille de route pour la mise en œuvre. Les documents sont en cours d'examen au niveau national et leur approbation est attendue.

42. Un atelier de trois jours sur les stratégies nationales en matière de déchets médicaux s'est tenu au Kazakhstan en 2009. Les délégués des 10 pays – huit pays pouvant prétendre à un soutien de l'Alliance GAVI, ainsi que la Bosnie-Herzégovine et le Kazakhstan – y ont pris part et ont mis au point des approches en vue de l'élaboration de leurs stratégies nationales.

43. Le Conseil exécutif a pris note de ce rapport de situation à sa cent vingt-huitième session en janvier 2011.³

¹ Décision administrative 274/2010.

² *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

³ Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 4.

F. VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE DES SOINS AUX MÈRES, AUX NOUVEAU-NÉS ET AUX ENFANTS (résolution WHA58.31)

44. En 2009, le nombre annuel mondial de décès d'enfants était estimé à 8,1 millions, ce qui représente une diminution par rapport aux 9,0 millions signalés en 2005.¹ Entre 1990 et 2009, les plus grands progrès à cet égard ont été accomplis dans la Région européenne, où le taux annuel moyen observé de réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans était de 5,1 % ; ainsi que dans la Région des Amériques, où le taux était de 4,3 %. En revanche, les progrès ont été beaucoup plus modestes dans les Régions africaine et de la Méditerranée orientale, avec des taux respectifs de 1,8 % et de 1,9 %. Il existe un écart considérable entre ces taux et la réduction annuelle de 4 % nécessaire pour atteindre la cible de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement (Réduire la mortalité infantile).² Parmi les 68 pays accusant une charge élevée de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, et recensés dans le rapport du compte à rebours intitulé *Countdown to 2015 decade report (2000-2010)*,³ 19 sont en bonne voie d'atteindre cette cible : 17 d'entre eux ont d'ailleurs réduit la mortalité d'au moins 50 %. Dans 47 pays, le taux annuel moyen de réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a augmenté au cours de la période 2000-2008, et ce par rapport à 1990-2000.

45. En 2008, le nombre annuel mondial de décès maternels était estimé à 358 000, comparé à 546 000 en 1990, soit une réduction de l'ordre de 34 %.⁴ Les plus grands progrès à cet égard ont été accomplis dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, avec une réduction annuelle moyenne de 5,0 % du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2008. Les Régions africaine et de la Méditerranée orientale ont, quant à elles, réalisé moins de progrès, avec une réduction annuelle moyenne de 1,7 % et de 1,5 %, respectivement. On notera encore une fois un écart considérable entre ces taux et la réduction de 5,5 % nécessaire pour atteindre la cible pertinente de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement (Améliorer la santé maternelle).⁵ Cependant, certains pays tels que l'Égypte, l'Iran (République islamique d'), le Maroc et le Népal ont montré qu'il est possible de diminuer la mortalité maternelle par l'adoption de stratégies ciblées.

46. La couverture des interventions efficaces pour la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile est restée inégale. Selon le rapport du compte à rebours, la couverture médiane était élevée dans 68 pays pour les interventions menées à des heures prévues ou conformément à un calendrier, telles que la vaccination (plus de 80 %) et la supplémentation en vitamine A (85 %). Cependant, la couverture médiane est restée faible quand il s'agissait d'interventions à la demande, telles que le traitement de la diarrhée (41 %) et de la pneumonie (27 %), l'aide professionnelle lors de l'accouchement (54 %), le planning familial (31 %) et la césarienne (moins de 5 %). Le besoin non satisfait de planning familial (valeur médiane, 24 %) a continué de se traduire par un grand nombre de grossesses non désirées. La réduction du nombre de ces grossesses, en particulier chez les adolescentes, reste une priorité. Il est cependant possible de réaliser des progrès rapides en matière de

¹ UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, *Levels and trends in child mortality: report 2010*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2010.

² La cible 4.A de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement est de « réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ».

³ *Countdown to 2015 decade report (2000-2010): taking stock of maternal, newborn and child survival*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2010.

⁴ *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

⁵ La cible 5.B de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement est de « réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ».

couverture des interventions, comme l'illustrent deux exemples : l'augmentation considérable de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans plusieurs pays. Au cours de ces deux dernières décennies, 12 pays ont augmenté d'au moins 20 % la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons âgés de moins de six mois.

47. La qualité des services reste une source de préoccupation dans de nombreux contextes. Par exemple, il est évident qu'il existe des disparités en matière de qualité des soins lorsque l'on compare la proportion de femmes cherchant des services de soins prénatals avec la proportion de femmes qui bénéficient d'interventions efficaces lors de ces visites prénatales. La qualité des soins dispensés à la naissance est également très inégale. Par exemple, si les femmes cherchant des « soins qualifiés » pendant l'accouchement peuvent en fait en bénéficier, la qualité de ces soins peut ne pas correspondre à la norme sous-entendue par l'expression « soins qualifiés », ce qui entraîne des complications médicales et, dans le pire des cas, la mortalité. En général, il faut renforcer les indicateurs utilisés dans l'évaluation de la qualité des services dispensés aux femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, ainsi qu'aux nouveau-nés et aux enfants.

48. Il existe aussi des disparités en ce qui concerne la continuité des soins, en particulier pendant la période postnatale lorsque le risque de mortalité est élevé pour la mère et le nouveau-né. Seuls six pays ont collecté des données sur les soins postnatals pour le bébé né à domicile (c'est-à-dire en dehors de tout établissement de santé). Celles-ci mettent en évidence une couverture médiane extrêmement faible des soins dans les deux jours qui suivent la naissance, soit 4 %.

49. Les données nationales sur les niveaux de couverture dissimulent souvent les disparités importantes existant chez les sous-groupes de population, notamment les problèmes liés à la sexespecificité, au milieu urbain ou rural, au revenu et à l'ethnicité. Les pays caractérisés par des niveaux similaires de couverture nationale globale d'interventions peuvent présenter des différences notables en termes d'équité de couverture chez les groupes de population. En général, la couverture des interventions est nettement plus importante dans les ménages à revenu élevé. Parmi les pays comblant le fossé en matière d'équité, il convient de mentionner le Bangladesh, le Brésil, l'Égypte, le Swaziland et la Zambie.

50. Trop peu de pays ont adopté récemment des politiques fondées sur des bases factuelles afin d'accroître l'accès aux interventions essentielles en matière de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile. L'amélioration de l'accès à de telles interventions sanitaires a été rendue difficile sous l'effet des limites imposées par les responsabilités des agents de santé dans certains pays. Dans les 68 pays du « compte à rebours » (en d'autres termes, les pays qui portent la plus lourde charge), par exemple, seules les sages-femmes de 26 pays menaient sept interventions salvatrices, et seuls les agents de santé de proximité de 29 pays identifiaient et traitaient les enfants atteints de symptômes de pneumonie. Vingt-deux pays avaient adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel¹ et 41 pays ont signalé la mise en place d'un plan national calculant les coûts de la santé maternelle, néonatale et infantile. Ces données témoignent de la nécessité de renforcer les politiques et programmes nationaux afin d'accélérer l'action pour la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile.

¹ Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981.

51. La *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*¹ du Secrétaire général des Nations Unies, et approuvée par les dirigeants du monde en septembre 2010, fournit une plate-forme pour une action conjointe afin que la continuité des soins de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile devienne réalité. La Stratégie met en exergue les aspects pertinents de tous les objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé. Elle reconnaît la vulnérabilité particulière des femmes enceintes, des nouveau-nés et des adolescents. Elle plaide pour l'unité en vue de soutenir les plans sanitaires dans les pays pour un investissement et une efficacité accrues. La responsabilité constitue une notion importante de la Stratégie pour laquelle tous les partenaires ont un rôle à jouer.

52. À sa cent vingt-huitième session en janvier 2011, le Conseil exécutif a pris note du présent rapport de situation.²

G. MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES (résolution WHA61.16)

53. Pour donner suite à la résolution WHA61.16, le Secrétariat travaille avec les États Membres, en collaboration avec les partenaires internationaux, régionaux et nationaux, pour parvenir à l'élimination de la pratique des mutilations sexuelles féminines. Le présent rapport met en lumière les progrès accomplis depuis 2008, et le Conseil exécutif en a pris note à sa cent vingt-huitième session.²

54. Le Secrétariat a apporté son soutien aux études menées dans plusieurs pays³ sur la pratique des mutilations sexuelles féminines, l'objectif étant la collecte d'informations qui permettraient d'améliorer les efforts visant à éliminer cette pratique. En outre, les études ont fourni des informations sur les soins aux jeunes filles et aux femmes qui ont été victimes de ces mutilations. Dans huit pays d'Afrique et d'Asie, les initiatives en matière d'éducation et d'information ont ciblé des groupes particuliers au niveau communautaire et par l'intermédiaire des médias.⁴

55. En novembre 2010, il existe dans 20 pays africains, et dans plusieurs États de deux autres pays, des lois criminalisant la pratique des mutilations sexuelles féminines.⁵ Trois pays ont promulgué de telles lois depuis mai 2008 : l'Égypte (en 2008), l'Ouganda (en 2009) et le Soudan. L'Égypte et Djibouti ont renforcé les lois existantes et des procès ont eu lieu dans plusieurs pays.⁶ En outre, 13 pays qui accueillent des immigrants de communautés dans lesquelles se pratiquent les mutilations sexuelles féminines ont introduit une législation contre cette pratique.

56. Quatre pays d'Afrique ont lancé des plans nationaux d'action contre la pratique des mutilations sexuelles féminines. D'autres gouvernements ont fait des déclarations publiques et ont amélioré la coordination des actions visant à lutter contre celle-ci. En outre, neuf pays européens ont mis au point

¹ United Nations Secretary-General Ban Ki-moon, *Global strategy for women's and children's health*. New York, Nations Unies, 2010.

² Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 4.

³ Burkina Faso, Égypte, Gambie, Ghana, Kenya, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Soudan.

⁴ Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Ghana, Indonésie, Mauritanie, Nigéria et Soudan.

⁵ Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Mauritanie, Niger, Nigéria (13 États), Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Soudan (plusieurs États), Tchad, Togo et Zambie.

⁶ Notamment au Burkina Faso, à Djibouti, en Égypte, au Kenya, au Sénégal et en Sierra Leone. Depuis 2008, de nouveaux procès ont eu lieu aux Pays-Bas et en Suisse.

des plans d'action. Le Parlement européen a adopté quatre résolutions sur la lutte contre les mutilations génitales féminines et, en 2009, l'Union européenne a lancé la campagne « Mettre fin aux mutilations génitales féminines ».

57. Des interventions communautaires ont été menées à bien dans 16 pays par des organisations non gouvernementales, des gouvernements et des chefs religieux, conduisant des centaines de communautés à faire part publiquement de leur intention de mettre fin à la pratique.

58. La collaboration intersectorielle s'est accrue. En 2008, le Bureau régional de l'Afrique a mené un examen à mi-parcours du plan régional d'action (pour la période 1996-2015) sur l'élimination de la pratique.¹ Des programmes de collaboration et des partenariats de financement ont été mis au point entre les principales parties prenantes, et notamment les organisations du système des Nations Unies, les ministères gouvernementaux, les projets pour une maternité sans risque, les organisations communautaires ou d'inspiration religieuse, et les chefs religieux. De nouvelles collaborations transversales ont été mises en place dans quatre pays : au Burkina Faso et au Soudan, elles ont porté essentiellement sur les questions juridiques et les questions liées aux droits de l'homme ; et en Éthiopie et en Guinée, sur les réseaux régionaux avec les gouvernements locaux, les organisations non gouvernementales et les institutions de la société civile.

59. Le Secrétariat a mis à jour ses lignes directrices pour les soins aux jeunes filles et aux femmes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines, et a élaboré une documentation multimédias pour la formation des agents de santé.² Les lignes directrices cliniques ont été adaptées et utilisées par cinq pays africains. Deux États de la Région ont fait état d'une formation en cours d'emploi sur l'élimination de la pratique et de l'élaboration de programmes de cours destinés à divers professionnels de la santé sur leur rôle à cet égard.

60. Des lignes téléphoniques permettant aux jeunes filles et aux femmes qui ont subi des mutilations sexuelles féminines d'obtenir une aide ont été mises en place en Égypte et le sont actuellement à Djibouti.

61. En outre, des données factuelles attestent que la proportion de cas de mutilations sexuelles féminines pratiquées par des agents de santé est en augmentation. Une stratégie mondiale³ visant à inverser la tendance a été mise au point par des institutions de la famille des Nations Unies, ainsi que des associations professionnelles intergouvernementales et internationales.⁴ On encourage actuellement la mise en œuvre de cette stratégie au niveau régional et au niveau des pays. En outre, des réseaux de médecins et d'organisations professionnelles luttant contre les mutilations sexuelles féminines ont été établis dans cinq pays.

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Regional plan of action to accelerate the elimination of female genital mutilation in Africa*. Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 1997.

² *Female genital mutilation – mapping the evidence. Guidelines for health-care providers for curative and preventive work*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

³ *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 et New York, Fonds des Nations Unies pour la Population, 2010.

⁴ La Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, le Conseil international des Infirmières, l'Organisation internationale pour les Migrations, l'Association internationale des Femmes Médecins, la Confédération mondiale de Physiothérapie, et la World Medical Association, Inc.

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

62. Le présent rapport répond à la requête formulée au titre de la résolution WHA60.25 de faire rapport des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes en faisant une synthèse des activités de l'OMS depuis 2009.¹ À sa cent vingt-huitième session en janvier 2011, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport.²

63. Un cadre de suivi et d'évaluation a été mis au point pour répondre à la demande de présenter un rapport biennal sur les progrès réalisés. Deux étapes du cadre, l'évaluation de référence³ et l'examen à mi-parcours,⁴ ont été mises en œuvre avec succès en 2008-2009 et en 2010, respectivement. Les résultats de l'évaluation et de l'examen sont présentés dans le présent rapport, et reflètent les réalisations accomplies dans chaque orientation stratégique de la Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS.⁵

PROGRÈS PAR ORIENTATION STRATÉGIQUE

Orientation stratégique 1 : Développer les moyens dont dispose l'OMS d'analyser les spécificités de chaque sexe et d'en tenir compte dans la planification

64. Pour ce qui est du Réseau Genre, femmes et santé, les progrès se traduisent par une augmentation dans le nombre des coordonnateurs chargés des questions d'équité entre hommes et femmes dans l'ensemble des Régions de l'OMS. Il y a actuellement 112 coordonnateurs de ce type.

65. L'évaluation de référence de la stratégie de l'OMS pour l'équité entre les sexes entreprise en 2008-2009 a montré que la plupart (60 %) des membres du personnel de l'OMS qui ont participé à l'étude ont une bonne connaissance des notions de sexospécificité. En revanche, ils sont près de 35 % à appliquer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité dans le cadre de leurs activités. L'OMS a poursuivi ses efforts pour renforcer ses capacités, notamment en publiant un manuel sur l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes,⁶ et en organisant des séminaires de formation sur la planification opérationnelle, l'accent étant mis sur les questions de sexospécificité. Toutefois, il faut faire bien davantage encore pour renforcer les capacités et pour créer un environnement institutionnel qui soit propice à l'application par les membres du personnel des compétences d'analyse des spécificités de chaque sexe à leurs activités.

¹ Pour les progrès avant 2009, voir le document A62/23, section H.

² Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 4.

³ *Gender mainstreaming in WHO: where are we now? Report of the baseline assessment of the WHO strategy 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

⁴ *The mid-term review of the strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

⁵ *Stratégie pour une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

⁶ Organisation mondiale de la Santé, *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

Orientation stratégique 2 : Tenir compte des différences entre hommes et femmes dans la gestion de l’OMS

66. Il y a eu une augmentation de 5 % dans le nombre des femmes de la catégorie professionnelle depuis 2007. L’OMS a encore du chemin à parcourir avant de remplir l’engagement qu’elle s’est fixé en 1997 d’atteindre 50 % de femmes dans les catégories professionnelle et de rang supérieur.

67. Les conclusions tirées de l’évaluation de référence pour cette orientation stratégique montrent un certain degré d’intégration d’une approche soucieuse d’équité entre les sexes dans le processus de planification opérationnelle.¹ Les progrès sont les plus évidents dans les domaines suivants : urgences humanitaires, cécité, sécurité alimentaire, VIH, paludisme, santé mentale, maladies non transmissibles, santé au travail et programmes de lutte antitabac.

Orientation stratégique 3 : Encourager l’utilisation de données ventilées par sexe et l’analyse des spécificités hommes-femmes

68. L’examen à mi-parcours effectué en 2010 a montré des progrès très limités. Au cours de la prochaine période qui fera l’objet d’un rapport, c’est-à-dire 2010-2011, le Secrétariat, par l’intermédiaire du Réseau Genre, femmes et santé, prévoit de continuer à accélérer ses efforts afin d’encourager l’utilisation de données ventilées par sexe et l’analyse des spécificités hommes-femmes. En 2009, un atelier a eu lieu à Quito (Équateur)² afin d’apporter une aide à la Bolivie (État plurinational de), au Chili, à la Colombie, à l’Équateur et au Pérou dans l’identification des principaux indicateurs pour les questions de spécificités hommes-femmes et de santé. Des outils ont été mis au point pour faciliter ce travail, dont un ensemble de lignes directrices.³

69. La publication en novembre 2009 du rapport de l’OMS *Les femmes et la santé : la réalité d’aujourd’hui le programme de demain* a été une réalisation importante.⁴ Le rapport a suscité de nombreuses déclarations de soutien de la part de partenaires clés de l’OMS. Une réunion visant à renforcer la base des connaissances sur la sexospécificité, les femmes et la santé a eu lieu à la fin de 2010, et a abouti à un appel à l’action approuvé par divers représentants des États Membres participants sur l’amélioration des statistiques en matière de sexospécificité et de santé et sur la réduction des inégalités.⁵

¹ L’évaluation de l’intégration des questions de sexospécificité s’est faite au cours de l’évaluation de référence, par l’intermédiaire d’entretiens menés par 131 coordonnateurs chargés des questions d’équité entre hommes et femmes, la structure des entretiens s’inspirant de questionnaires préétablis.

² « Capacity building workshop on gender and health indicator for countries involved in the collection of sex-disaggregated data and gender analysis », organisé par le Bureau régional des Amériques, à Quito (Équateur), du 12 au 16 octobre 2009.

³ Haworth-Brockman M, Isfeld H, Prairie Women’s Health Centre of Excellence, *Guidelines for gender-based analysis of health data for decision making*. Washington DC, Gender, Ethnicity and Health Office de l’Organisation panaméricaine de la Santé.

⁴ *Les femmes et la santé : la réalité d’aujourd’hui le programme de demain*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

⁵ « Global policy dialogue for better evidence to improve women’s health through gender and health statistics ». Washington DC, Organisation mondiale de la Santé, 25-27 octobre 2010.

Orientation stratégique 4 : Responsabilisation

70. L'évaluation de référence a souligné la nécessité d'actions supplémentaires. En 2010, l'OMS a introduit un classement spécifique à chaque sexe dans le Système mondial de gestion, dans le cadre duquel il est demandé aux membres du personnel de l'OMS contribuant à l'élaboration des plans d'activités d'indiquer si leurs produits et services favorisent l'égalité entre les sexes. Ainsi, les membres du personnel sont responsabilisés et l'OMS peut suivre les progrès réalisés dans l'intégration d'une approche soucieuse d'équité dans ses produits et services.

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

71. Les travaux visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments ont inclus diverses activités. Dans la Région africaine, des sessions de formation destinées aux agents de santé sur les bonnes pratiques en matière de prescription et sur la promotion de l'usage rationnel des médicaments dans les établissements de santé ont eu lieu en Éthiopie, au Mali, en République centrafricaine, au Sénégal, au Tchad et en Zambie. Une stratégie nationale de communication visant à améliorer l'usage rationnel au sein de la communauté a été mise au point en République-Unie de Tanzanie.

72. Dans la Région des Amériques, une stratégie régionale visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments, sur la base de la résolution, a été mise au point en coopération avec les États Membres, et des initiatives pilotes ont été lancées en Bolivie (État plurinational de), au Brésil et au Nicaragua.

73. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, une stratégie régionale sur la prévention et l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens a été mise au point. En outre, une réunion interpays sur l'usage des médicaments a été organisée à New Delhi du 13 au 15 juillet 2010 ; elle a préconisé une action coordonnée entre les pays pour améliorer l'usage rationnel, et notamment la création d'unités spécialisées, dotées de l'ensemble des ressources nécessaires, au sein des ministères de la santé.

74. Dans la Région européenne, un atelier a été organisé de façon à ce que les pays européens puissent débattre des stratégies visant à améliorer l'information fournie aux patients sur les médicaments (Amsterdam (Pays-Bas), 6-8 octobre 2010) ; il a été suivi d'une conférence de deux jours consacrée à la réglementation de la promotion des médicaments. En dernier lieu, un atelier a été organisé pour permettre aux États nouvellement indépendants et aux pays du sud-est de l'Europe d'aborder la question des législations nationales actuelles concernant la promotion des médicaments (Chisinau, 12-13 octobre 2010).

75. Dans la Région de la Méditerranée orientale, un atelier conjoint sur l'usage rationnel des médicaments, organisé par le Bureau régional de la Méditerranée orientale et le Comité exécutif du Conseil des ministres de la santé du Conseil de Coopération du Golfe a eu lieu à Mascate du 7 au 9 novembre 2010. L'expérience réussie de la création d'une direction de l'usage rationnel des médicaments à Oman a été décrite et des recommandations relatives à l'usage rationnel des médicaments ont été transmises au Comité exécutif du Conseil des ministres de la santé.

76. Dans la Région du Pacifique occidental, un groupe de travail pour le choix et l'utilisation des médicaments dans le Pacifique a été créé afin de concevoir un cadre commun pour l'élaboration de guides thérapeutiques et d'une liste commune de médicaments. Un groupe de travail multidisciplinaire sur l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens a également été formé et un soutien technique a

été apporté aux États Membres dans les domaines suivants : formation sur l'usage rationnel ; sélection des médicaments basée sur des données factuelles, et élaboration et mise en œuvre de guides thérapeutiques.

77. La liste modèle OMS des médicaments essentiels a été révisée et publiée en avril 2009.¹ Les pays continuent à réviser les listes nationales de médicaments essentiels, en utilisant la liste modèle en tant que telle. Le formulaire modèle de l'OMS a été publié en 2009.² La base de données de l'OMS sur l'utilisation des médicaments dans les soins primaires dans les pays en développement et dans les pays en transition a été révisée pour inclure les enquêtes menées jusqu'en 2009. Elle montre que, pour la période 2004-2009, 50 % des prescriptions délivrées dans le secteur public étaient conformes aux directives cliniques, alors qu'au cours de la même période, la conformité aux prescriptions dans le secteur privé à but lucratif était de 30 %.

78. Dans le domaine du VIH/sida, les directives de l'OMS pour le traitement antirétroviral ont été mises à jour et publiées en ligne pour ce qui concerne les femmes enceintes (prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson),³ les nourrissons et les enfants,⁴ et les adultes et les adolescents.⁵ Des directives pour le traitement du paludisme ont été révisées et publiées,⁶ ainsi que la quatrième édition des Directives pour le traitement de la tuberculose.⁷

79. L'ensemble des 80 pays où le paludisme à falciparum est endémique ont adopté les traitements par association médicamenteuse comportant de l'artémisinine et ont retiré les monothérapies à base d'artémisinine de leurs directives pour le traitement du paludisme. Il s'agit d'étapes importantes dans l'usage rationnel des médicaments pour traiter le paludisme.

80. La troisième conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments, qui devait avoir lieu à Alexandrie (Égypte) du 10 au 14 avril 2011, a été reportée. Mais les travaux préparatoires se poursuivent et il est prévu que la conférence ait lieu ultérieurement en 2011. Les conférences, qui sont coparrainées par l'OMS, sont des forums importants pour arrêter les grandes lignes d'un usage rationnel pour la prochaine décennie.

¹ *The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, March 2009 (including the 16th WHO model list of essential medicines and the 2nd WHO model list of essential medicines for children)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO Technical Report Series, No. 958). Une mise à jour de la liste modèle, publiée en mars 2010, est disponible en anglais et en français à l'adresse suivante : <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/> (consulté le 2 mars 2011).

² *WHO model formulary 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

³ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. 2010 version*. Disponible à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf (consulté le 10 novembre 2010). (La version française du document (2006) est disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral/fr/index.html>.)

⁴ *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach. 2010 revision*. Disponible à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599801_eng.pdf (consulté le 10 novembre 2010).

⁵ *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision*. Disponible à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf (consulté le 10 novembre 2010).

⁶ *Guidelines for the treatment of malaria. 2nd edition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. La version française du document est la version 2006.

⁷ *Treatment of tuberculosis: guidelines. 4th edition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. La version française est la 3^e édition (2003).

81. La résistance antimicrobienne et sa propagation mondiale sera le thème de la Journée mondiale de la Santé 2011 ; l'usage rationnel des antibiotiques représente une grande partie des efforts visant à gérer la résistance aux antimicrobiens. Des activités transversales soulignant l'importance des directives thérapeutiques et des directives concernant les antibiotiques, avec la participation des programmes sur la sécurité du patient, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, seront des éléments importants de la Journée mondiale de la Santé 2011.

82. Un manuel a été élaboré pour contribuer à améliorer la gestion des manifestations indésirables graves à la suite d'interventions de chimiothérapie à grande échelle à des fins préventives dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies tropicales négligées. Faisant suite à des essais sur le terrain dans certains pays africains, le manuel est maintenant utilisé par les autorités nationales qui l'adaptent pour répondre à leurs besoins. Des versions nationales sont en cours d'élaboration en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie. En outre, l'Inde, le Malawi, le Népal, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam se préparent actuellement à élaborer leur propre version.

83. La dix-huitième réunion du Comité OMS d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels aura lieu à Accra (Ghana) du 21 au 25 mars 2011 et révisera la seizième liste modèle OMS des médicaments essentiels. Le matériel nécessaire à la réunion a été consigné sur le site Web de l'OMS et de nombreux commentaires ont été reçus.

84. La diversité de ces activités reflète la nature extrêmement vaste des travaux sur l'utilisation rationnelle ; toutefois, la majorité des pays n'ont pas encore intégré l'usage rationnel¹ des médicaments dans leurs plans nationaux et doivent encore affecter des ressources à cette fin comme il est recommandé dans la résolution.

85. Le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation à sa cent vingt-huitième session en janvier 2011.²

J. MISE EN ŒUVRE PAR L'OMS DES RECOMMANDATIONS DE LA CELLULE MONDIALE DE RÉFLEXION POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE LES ORGANISMES MULTILATÉRAUX ET LES DONATEURS INTERNATIONAUX DANS LA RIPOSTE AU SIDA (résolution WHA59.12)

86. Conformément à une recommandation formulée par le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA à sa vingtième réunion (Genève, 25-27 juin 2007), un groupe de référence pour la surveillance de la mise en œuvre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion a été chargé de suivre les progrès accomplis dans l'application de ces recommandations et de s'assurer que les parties prenantes s'acquittaient des obligations de notification. L'OMS représente les organismes coparrainants au sein du groupe de référence. Le groupe a présenté un rapport à la vingt-cinquième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, en décembre 2009, qui a été examiné dans le cadre du rapport final sur la deuxième évaluation indépendante de l'ONUSIDA

¹ Voir http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/18/en/index.html (consulté le 4 mars 2011).

² Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la onzième séance, section 3.

(2002-2008).¹ La deuxième évaluation indépendante a notamment porté sur la mise en œuvre de toutes les recommandations de la cellule. Il a été estimé que le groupe de référence avait fini ses travaux et que la surveillance devrait dorénavant être intégrée dans les processus de gouvernance et de notification de l'ONUSIDA.

87. L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec l'ONUSIDA, les États Membres, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et avec d'autres grands pourvoyeurs et bénéficiaires d'appui technique pour coordonner et harmoniser l'appui technique fourni aux pays. Suite à la deuxième évaluation indépendante, le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA a recommandé d'élaborer une stratégie d'appui technique qui indique clairement les avantages comparés et le rôle du Secrétariat de l'ONUSIDA, de ses coparrainants, des autres entités des Nations Unies et fournisseurs d'appui technique. L'OMS a contribué à la mise au point de cette stratégie et a entrepris de dresser un plan définissant le rôle de l'Organisation et ses apports. En septembre 2009, elle a organisé une consultation sur la création de réseaux régionaux entre centres collaborateurs, centres de connaissances et partenaires techniques travaillant dans le domaine du VIH, dans le but de renforcer les moyens existants aux niveaux régional et national de faciliter, gérer et fournir un appui technique de grande qualité qui aide le secteur de la santé à mieux combattre le VIH. L'OMS préside le groupe de travail conjoint sur les questions relatives au Fonds mondial, groupe informel au sein duquel sont représentés les départements de l'OMS concernés et les secrétariats de l'ONUSIDA et du Fonds mondial, et elle coordonne l'appui technique fourni aux pays en ce qui concerne les subventions du Fonds mondial.

88. Pour répondre à une recommandation du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, la répartition des tâches au sein de l'ONUSIDA a été révisée,² en prenant en considération les recommandations faites à l'issue de la deuxième évaluation indépendante, les dix domaines d'activité prioritaires définis dans le Cadre de résultats de l'ONUSIDA et l'élaboration du plan stratégique de l'ONUSIDA pour 2011-2015. Dans la nouvelle répartition des tâches, l'OMS continuera à diriger l'action du secteur de la santé contre le VIH, en ce qui concerne plus particulièrement le traitement et les soins, la co-infection tuberculose/VIH et la prévention de l'infection à VIH chez le nourrisson. Elle apportera aussi une importante contribution à l'action de l'ONUSIDA dans les domaines de la planification du secteur de la santé, du renforcement du système de santé, de l'information stratégique sur le VIH, de la prévention du VIH dans le secteur de la santé, et des services de santé destinés aux populations les plus exposées et les plus vulnérables.

89. Au niveau des pays, les équipes communes des Nations Unies sur le sida et les programmes d'appui conjoints se sont multipliés et sont devenus plus efficaces. À la fin de 2009, des équipes communes avaient été créées dans 84 pays. L'OMS joue un rôle actif dans chacune d'entre elles, et participe notamment à la programmation conjointe avec d'autres organismes et partenaires du système des Nations Unies. La pleine participation de l'OMS à ces équipes dépend néanmoins de la présence de personnel du programme VIH de l'OMS dans les pays.

90. En 2010, l'OMS a actualisé cinq séries de recommandations : le traitement antirétroviral contre l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent,³ le traitement antirétroviral contre l'infection à VIH

¹ Document UNAIDS/PCB(25)/09.18.

² Vingt-sixième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, juin 2010.

³ *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

chez le nourrisson et l'enfant,¹ les médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson,² le diagnostic de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant,³ et l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH.⁴ En 2010, le rapport de situation sur l'accès universel a été publié,⁵ ainsi qu'une analyse des points saillants du Programme OMS de lutte contre le VIH en 2008-2009.⁶

91. À sa cent vingt-huitième session en janvier 2011, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport.⁷

= = =

¹ *Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach. 2010 revision.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

² *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. 2010 version.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

³ *WHO recommendations on the diagnosis of HIV infection in infants and children.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

⁴ *Guidelines on HIV and infant feeding 2010.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

⁵ *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : rapport de situation 2010.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

⁶ *Programme VIH/sida : faits marquants.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

⁷ Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbal de la onzième séance, section 3.