



Rapports de situation

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Maladies non transmissibles	
A. Renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif (résolution WHA65.3)	2
B. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (résolution WHA63.13)	3
C. Éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode (résolution WHA60.21)	6
Préparation, surveillance et intervention	
D. Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé (résolution WHA64.10)	8
E. Changement climatique et santé (résolution EB124.R5)	10
Maladies transmissibles	
F. Éradication de la dracunculose (résolution WHA64.16)	11
G. Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (résolution WHA60.1) ..	13
Systèmes de santé	
H. Sécurité des patients (résolution WHA55.18).....	14
I. Eau potable, assainissement et santé (résolution WHA64.24).....	16
J. Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs (résolution WHA60.26).....	18
K. 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)	20
L. Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments (résolution WHA60.16).....	22
M. Stratégie de recherche sur les politiques et les systèmes de santé	24

Maladies non transmissibles

A. RENFORCEMENT DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR PROMOUVOIR UN VIEILLISSEMENT ACTIF (résolution WHA65.3)

1. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

2. Dans la résolution WHA65.3, le Directeur général a notamment été prié de fournir un appui aux États Membres dans plusieurs domaines, y compris pour mettre l'accent sur les approches multisectorielles favorisant un vieillissement en bonne santé, les soins intégrés aux personnes âgées et la fourniture d'un soutien aux prestataires de services sociaux formels et informels.

3. Le Secrétariat a été à l'origine de plusieurs initiatives visant à sensibiliser à ces questions. Parmi ces projets figurent des stratégies axées sur les médias sociaux en rapport avec la Journée mondiale de la Santé 2012, telles que la création d'une vidéo intitulée « Une bonne santé pour bien vieillir », vue jusqu'ici plus de 50 000 fois sur le site Web de l'OMS. Le dossier mondial publié à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé² peut désormais être consulté dans les six langues officielles.

4. Les informations sur les maladies transmissibles et le vieillissement dans les pays à revenu faible ou moyen étant limitées, il est important, avant de pouvoir fournir un soutien fondé sur des données factuelles, de combler ces lacunes des connaissances. L'OMS entreprend donc une grande étude longitudinale de la santé auprès de plus de 90 000 personnes âgées dans 11 pays : l'Afrique du Sud, le Bangladesh, la Chine, la Fédération de Russie, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, le Mexique, la République-Unie de Tanzanie et le Viet Nam. L'analyse des premiers ensembles de données découlant de cette étude a commencé, et les premiers résultats aident à définir des domaines prioritaires où des mesures devront être prises. Des études similaires ont été menées en Espagne, en Finlande et en Pologne afin de faciliter la comparaison avec des pays à revenu élevé.

5. L'OMS prépare actuellement des conseils techniques sur divers aspects de la lutte contre les maladies non transmissibles chez les personnes âgées. Dans le but d'en réduire la prévalence, le Secrétariat a collaboré avec des partenaires universitaires pour définir des stratégies fondées sur des données factuelles afin de rationaliser les mesures visant à promouvoir la santé et favoriser un vieillissement en bonne santé. Elle rédige également des recommandations techniques sur les principales difficultés que posent l'intégration des soins aux personnes âgées et le traitement des maladies non transmissibles ainsi qu'un guide d'intervention pour l'évaluation, la prise en charge et le soutien des personnes âgées fragiles et dépendantes en milieu non spécialisé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

6. L'OMS prévoit d'organiser début 2013 une réunion d'experts en vue de rédiger un programme d'action mondial sur les soins de longue durée dans les pays développés et les moins avancés. Un document de fond sur le financement des soins de longue durée est en cours de rédaction.

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² Document WHO/DCO/WHI/2012.2.

7. Le Réseau mondial OMS des villes et communautés-amies des aînés, qui aide les municipalités désireuses de favoriser un vieillissement actif et en bonne santé, est un mécanisme important pour encourager des approches multisectorielles. Neuf programmes au niveau national ou régional sont maintenant affiliés au Réseau et plus de 105 villes et communautés de 19 pays l'ont rejoint. Il s'agit de grandes villes telles que Qiqihaer en Chine, Calcutta en Inde et Washington, Chicago et New York aux États-Unis d'Amérique ainsi que La Plata en Argentine, Tempere en Finlande, Haïfa en Israël, Akita au Japon, Kumertau en Fédération de Russie et Ljubljana en Slovénie. Portage La Prairie, au Canada, est un exemple de communauté rurale participant au Réseau. Parmi les manifestations récemment organisées en association avec le Réseau figure une réunion sur les communautés rurales et isolées amies des aînés et une réunion d'experts visant à définir des indicateurs pour évaluer et suivre la convivialité pour les personnes âgées.

8. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2014* devant être consacré à d'autres questions, le Secrétariat a l'intention de publier un rapport mondial distinct sur le vieillissement et la santé début 2015 comme point de départ d'une action future.

B. STRATÉGIE MONDIALE VISANT À RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL (résolution WHA63.13)

9. Dans la résolution WHA63.13, l'Assemblée de la Santé a invité instamment les États Membres à adopter et mettre en œuvre la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool selon qu'il conviendra. Elle a aussi prié le Directeur général, entre autres, de collaborer avec les États Membres et de leur fournir un appui pour mettre en œuvre la Stratégie mondiale et renforcer les mesures prises sur le plan national face aux problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, et de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation. À la demande d'un État Membre, un complément d'information sur le travail des groupes de travail y a été ajouté¹ ainsi que le nombre actualisé des pays qui sont en train d'élaborer des politiques nationales relatives à l'alcool.

10. Le Secrétariat a publié et largement distribué la Stratégie mondiale accompagnée des textes des résolutions WHA63.13, WHA61.4 et WHA58.26 qui lui sont associées, dans les six langues officielles de l'OMS. L'approbation de la Stratégie mondiale a entraîné l'élaboration, dans les Régions de l'OMS, de stratégies, de plans d'action et d'activités programmatiques qui sont axés sur les 10 domaines d'action recommandés et les cinq objectifs de la Stratégie. Le Comité régional de l'Afrique a approuvé en 2010 une stratégie régionale sur la réduction de l'usage nocif de l'alcool.² Le Comité régional de l'Europe a adopté en 2011 le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020,³ aligné sur la Stratégie mondiale.⁴ Dans la Région des Amériques, le Conseil

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² Résolution AFR/RC60/R2.

³ Résolution EUR/RC61/13.

⁴ Résolution EUR/RC61/R4.

directeur de l'OPS a approuvé le Plan d'action¹ pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale (soixante-troisième session du Comité régional des Amériques).²

11. Depuis l'adoption de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, de plus en plus de pays élaborent ou reformulent leur politique nationale en matière d'alcool. Sur les 178 États Membres qui, en décembre 2012, avaient communiqué des informations au Secrétariat, 53 étaient en train de rédiger une politique et 39 de revoir la politique en vigueur pour réduire l'usage nocif de l'alcool. Sur les 73 pays qui ont rédigé une politique nationale en matière d'alcool, 37 ont dressé un plan d'action national pour son application et 22 se réfèrent expressément à la Stratégie mondiale dans leur politique nationale. La plupart des États Membres ont fixé un âge minimum légal pour la vente de boissons alcoolisées, concernant la consommation sur place (160 États Membres) et en dehors des locaux (158 États Membres). L'âge minimum requis pour tous les types de boissons est généralement de 18 ans. Au total, 154 États Membres prélèvent, sous une forme ou une autre, des droits d'accise sur la bière, le vin et les spiritueux. Il existe des systèmes nationaux de surveillance de la consommation d'alcool dans 54 États Membres et des systèmes de surveillance des conséquences de la consommation d'alcool sur la santé dans 53 États Membres.

12. Pour renforcer la collaboration avec les États Membres et faciliter le soutien qui leur est apporté, le Réseau mondial des homologues nationaux de l'OMS pour l'application de la Stratégie a été mis sur pied. À la première réunion du Réseau, accueillie par l'OMS en février 2012, les homologues nationaux de l'OMS venant de 126 États Membres ont défini des mécanismes de travail, des plans et des domaines prioritaires pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Le Secrétariat a favorisé l'établissement de contacts au niveau régional en soutenant le réseau des homologues nationaux dans la Région européenne, et en instaurant le réseau panaméricain sur l'alcool et la santé publique dans la Région des Amériques et le réseau des homologues nationaux dans la Région africaine.

13. Le Secrétariat a collaboré étroitement avec les États Membres, les organisations intergouvernementales et les principaux partenaires au sein du système des Nations Unies pour promouvoir l'action multisectorielle, renforcer les capacités nationales, recenser de nouvelles possibilités de partenariats, promouvoir des approches efficaces et peu onéreuses afin de réduire l'usage nocif de l'alcool dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles, et pour remplir les engagements pris dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.³

14. L'OMS a participé à l'organisation de la conférence mondiale sur les politiques ayant trait à l'alcool intitulée « From the Global Alcohol Strategy to National and Local Action » (De la Stratégie mondiale sur l'alcool à l'action aux niveaux local et national – Nonthaburi, Thaïlande, 13-15 février 2012), qui a réuni plus de 1000 participants venant de quelque 50 pays. La conférence a offert un espace permettant, au niveau mondial, d'échanger des informations et des données d'expérience, de constituer de nouveaux partenariats pour mieux faire prendre conscience des problèmes de santé publique imputables à l'alcool et de prôner la mise en œuvre de la Stratégie mondiale à tous les niveaux.

¹ Document CD51/8, Rév.1.

² Résolution CD51.R14.

³ Résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, annexe.

15. Des outils techniques et des programmes de formation sont actuellement mis au point pour soutenir l'action au niveau national conformément aux 10 domaines prioritaires recommandés dans la Stratégie mondiale. Le Secrétariat a apporté son soutien à des ateliers de renforcement des capacités pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques concernant l'alcool, organisés également dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles, pour un certain nombre de pays de la Région africaine, de la Région des Amériques et des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. La mise en place de portails Internet sur l'alcool et la santé, y compris des interventions d'auto-assistance en ligne contre la consommation nocive et dangereuse d'alcool, a été soutenue dans quatre pays. Des recommandations techniques et les matériaux de formation correspondants ont été conçus pour repérer et prendre en charge les troubles liés à la consommation dangereuse d'alcool dans les services de santé. Ces recommandations ont également été incluses dans le Guide d'intervention de l'OMS établi pour le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP)¹ et dans les outils techniques de l'OMS conçus pour le dépistage de l'usage de substances et des troubles qui y sont liés et pour les brèves interventions dans ce domaine.²

16. Le dialogue se poursuit avec les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles et les acteurs économiques sur la façon dont ils peuvent contribuer à réduire l'usage nocif de l'alcool. Le Secrétariat a organisé plusieurs consultations avec les organisations non gouvernementales et les associations professionnelles afin de débattre de leur engagement dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale, et avec les acteurs économiques afin de voir comment ils peuvent réduire les méfaits de l'alcool en leur qualité de concepteurs, de producteurs, de distributeurs, de spécialistes du marketing et de vendeurs de boissons alcoolisées.

17. L'acquisition et la diffusion de connaissances sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les actions menées dans les États Membres ont fait des progrès grâce au perfectionnement des mécanismes de collecte des données, d'analyse des données et de diffusion des résultats, et grâce à la promotion de la recherche internationale sur l'alcool et la santé. Le système d'information mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé a été encore amélioré et intégré aux systèmes d'information régionaux sur l'alcool et la santé. Le Rapport mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé (*Global status report on alcohol and health*) publié en 2011 a présenté des données complètes sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les mesures prises pour y remédier aux niveaux national, régional et mondial, ainsi que les profils des États Membres. En 2012, l'enquête mondiale sur l'alcool et la santé a été menée en collaboration avec les États Membres et les données recueillies serviront à établir le prochain rapport mondial sur l'alcool et la santé. Le Secrétariat a en outre lancé une initiative mondiale de recherche sur l'alcool, la santé et le développement et il soutient les activités de recherche internationales portant sur les conséquences néfastes de l'alcool pour les autres, les troubles causés par l'alcoolisation fœtale et les liens entre l'usage nocif de l'alcool et des maladies infectieuses telles que l'infection à VIH et la tuberculose.

18. Pour que les États Membres et le Secrétariat collaborent efficacement à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale, un conseil de coordination a été constitué ainsi que quatre groupes de travail correspondant aux éléments clés de l'action mondiale définis dans la Stratégie : plaidoyer et

¹ *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

² *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Manual for use in primary care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ; *Brief Intervention. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ; *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ; et *Global status report on alcohol and health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011, respectivement.

partenariat pour la santé publique ; appui technique et renforcement des capacités ; acquisition et diffusion du savoir ; et mobilisation de ressources. Malgré les efforts déployés par le Secrétariat pour apporter un soutien aux pays dans la mobilisation des ressources et dans la mise en commun des ressources disponibles en vue de mettre en œuvre la Stratégie mondiale, les ressources disponibles à tous les niveaux restent insuffisantes compte tenu de l'importance de la morbidité et des problèmes sociaux imputables à l'alcool.

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

19. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

20. On estime actuellement que 29,8 % (241 millions) d'enfants d'âge scolaire dans le monde souffrent d'une carence en iode, ce qui représente une amélioration par rapport à 31,5 % (266 millions) en 2007 et 36,5 % (285 millions) en 2003.² Sur ces 241 millions d'enfants, près de 76 millions vivent dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 58 millions dans la Région africaine. On estime que 32 pays ont une consommation d'iode insuffisante (contre 47 en 2007) ; 69 pays ont une consommation suffisante (contre 49 en 2007) ; 36 pays ont une consommation supérieure au niveau recommandé (contre 27 en 2007) ; et 11 pays ont un apport excessif en iode (contre 7 en 2007). Un état nutritionnel adéquat pour l'iode des enfants d'âge scolaire et des femmes non enceintes ne signifie pas forcément que l'état nutritionnel des femmes enceintes soit adéquat mais les données relatives à la prévalence de la carence en iode chez les femmes enceintes sont limitées pour la plupart des pays.³

Stratégie de lutte

21. La stratégie privilégiée de lutte contre les troubles dus à une carence en iode reste l'iodation universelle du sel. Les données relatives à la consommation de sel iodé par les ménages sont récapitulées chaque année par l'UNICEF dans ses rapports annuels sur la situation des enfants dans le monde. Selon le rapport 2012,⁴ qui contient principalement des données relatives à la période 2006-2010, le nombre de pays dans lesquels au moins 90 % des ménages ont accès à du sel convenablement iodé a été ramené à 23 contre 33 en 2008⁵ (données pour 2000-2006) et 28 en 2004⁶ (données pour 1997-2002). Cette baisse peut être le reflet du plus petit nombre d'enquêtes menées dans les pays sur l'utilisation du sel iodé (102 contre 123 en 2008 et 117 en 2004). Malgré cela, on estime que 71 % des ménages dans le monde ont accès à du sel convenablement iodé.

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² *Iodine status worldwide. WHO global database on iodine deficiency*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

³ Wong EM, Sullivan KM, Perrine GG, Rogers L, Peñas-Rosas JP. Comparison of iodine status between pregnant women, school-age children, and non-pregnant women. *Food and Nutrition Bulletin*, 2011, **32**(3):206-212.

⁴ *La situation des enfants dans le monde 2012 : les enfants dans un monde urbain*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2012 (<http://www.unicef.org/sowc2012/index.php>).

⁵ *La situation des enfants dans le monde 2008 : la survie de l'enfant*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2008.

⁶ *La situation des enfants dans le monde 2004 : les filles, l'éducation et le développement*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2004.

22. Les pays qui s'efforcent de réduire la consommation totale de sel devraient continuer à reconnaître l'importance du sel iodé. Les autorités nationales doivent ajuster le niveau actuellement recommandé d'iodation du sel (20-40 ppm) compte tenu de leurs propres données sur l'apport de sel dans l'alimentation et la concentration urinaire médiane d'iode dans la population. Pour les soutenir dans cet effort, l'OMS entreprend deux études systématiques sur l'utilisation du sel iodé pour prévenir les troubles dus à une carence en iode et sur l'effet de la réduction de la consommation de sodium sur la pression sanguine, la fonction rénale et le taux de lipides dans le sang.

23. La supplémentation en iode est également une option pour lutter contre les troubles dus à une carence en iode, en particulier dans les groupes vulnérables comme les femmes enceintes et les jeunes enfants vivant dans des communautés à haut risque peu susceptibles d'avoir accès à du sel iodé,¹ ou comme stratégie temporaire lorsque l'iodation du sel n'est pas suffisamment appliquée. L'OMS passe en revue systématiquement les effets de la supplémentation en iode chez les femmes enceintes et allaitantes.

24. Le suivi et l'évaluation de l'impact des programmes de lutte contre les troubles dus à une carence en iode sont essentiels pour faire en sorte que les interventions soient à la fois efficaces et sûres. Des recommandations révisées concernant les indicateurs utilisés pour suivre et évaluer ces programmes ont été publiées en 2007.² Pour appuyer ce processus, l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique ont publié en 2011 un modèle logique applicable aux mesures de supplémentation en micronutriments en santé publique, qui peut être utilisé pour décrire les relations plausibles entre la consommation de sel et les effets de telles mesures sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.³ Ce guide peut être adapté par les États Membres dans le cadre d'un cycle d'amélioration continue de la qualité en vue de la planification, de la mesure de l'efficacité ou de l'évaluation.

25. Un fait nouveau facilitera la mise en œuvre de la résolution : la création récemment du Réseau mondial du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, résultat de la fusion du Réseau pour l'élimination durable de la carence en iode et du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode. Le nouvel organe soutient les efforts nationaux visant à accélérer l'élimination des troubles dus à une carence en iode en encourageant la collaboration entre secteur public et secteur privé et entre organisations scientifiques et civiques.

¹ Organisation mondiale de la Santé. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Déclaration commune : parvenir à un apport alimentaire optimal en iode chez les femmes enceintes et allaitantes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

² *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers*. 3^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

³ Document WHO/NMH/NHD/MNM/11.5.

Préparation, surveillance et intervention

D. RENFORCEMENT AU NIVEAU NATIONAL DES CAPACITÉS DE GESTION DES URGENCES SANITAIRES ET DES CATASTROPHES ET DE LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ (résolution WHA64.10)

26. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

27. En 2011, la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé invitait instamment les États Membres dans sa résolution WHA64.10 à renforcer notamment les programmes de gestion des urgences sanitaires et de l'ensemble des risques liés aux catastrophes ; exhortait les États Membres, les donateurs et les acteurs de la coopération à allouer des ressources suffisantes à cet effet ; et priait le Directeur général, entre autres, de veiller à ce que l'OMS dispose de capacités accrues de manière à fournir les conseils et le soutien technique nécessaires.

28. Depuis 2011, les États Membres continuent de renforcer leur capacité nationale de gestion des risques sanitaires liés aux urgences, moyennant à la fois le Règlement sanitaire international (2005) et des programmes spécifiques portant sur les domaines suivants : dangers d'origine naturelle, maladies transmissibles, sécurité chimique, sécurité sanitaire des aliments, rayonnement, rassemblements de masse, et variabilité et changement climatiques. En 2011, plus de 130 États Membres ont indiqué qu'ils disposaient d'un plan national de préparation aux situations d'urgence, tandis que 46 avaient un programme effectif pour réduire la vulnérabilité des établissements de santé. À compter du 1^{er} novembre 2012, 40 États Parties au Règlement sanitaire international (2005) sont censés avoir mis en place les capacités essentielles nécessaires.²

29. En 2012, la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes a été inscrite à l'ordre du jour des Comités régionaux de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ; le Comité régional de l'Afrique, en particulier, a adopté une résolution sur la stratégie régionale africaine relative à la gestion des risques de catastrophe pour le secteur de la santé.³ En outre, toutes les Régions de l'OMS mettent en œuvre des stratégies tendant à renforcer les capacités nationales de gestion des risques sanitaires posés par les situations d'urgence. En 2014, l'OMS publiera un rapport mondial sur l'état des capacités nationales de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes.

30. Bien que les données factuelles en faveur des investissements dans la prévention et la préparation continuent de s'accumuler,⁴ la préparation ne reçoit toujours pas plus de 5 % du financement humanitaire.⁵ Dans les 20 pays qui sont les plus gros bénéficiaires de l'aide humanitaire,

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² Voir le document EB132/15.

³ Voir la résolution AFR/RC62/R1 pour la Région africaine, la résolution CSP28.R19 pour la Région des Amériques, la résolution EM/RC59/R.4 pour la Région de la Méditerranée orientale et le document SEA/RC65/9 pour la Région de l'Asie du Sud-Est.

⁴ *Natural hazards, unnatural disasters: the economics of effective prevention*. Banque mondiale et Organisation des Nations Unies, Washington D.C., 2010.

⁵ Voir le deuxième rapport de suivi établi à la demande de l'équipe spéciale du Comité interorganisations sur le financement de la préparation. Disponible à l'adresse : <http://www.devinit.org/wp-content/uploads/Emergency-preparedness-study-tracking-report-2-for-FAO-on-behalf-of-the-IASC.doc> (consulté le 12 novembre 2012).

sur US \$100 fournis, seuls 62 cents ont été consacrés à la préparation autrement dite. Les répercussions d'un tel sous-investissement ont été manifestes lors des crises récentes survenues dans la Corne de l'Afrique et au Sahel concernant la sécurité sanitaire des aliments ; dans cette dernière région, le problème a été exacerbé par le sous-financement du secteur sanitaire, qui ne représentait que 21 % de sa demande.

31. Le Secrétariat a prodigué son concours aux États Membres de toutes les Régions pour évaluer la capacité nationale de gestion des risques sanitaires liés aux situations d'urgence et des plans d'action connexes, et a soutenu l'action en faveur d'hôpitaux plus sûrs dans une quarantaine de pays. Des atlas régionaux sur les risques de catastrophe ont été élaborés pour les Régions africaine, européenne et de la Méditerranée orientale afin de faciliter l'appréciation des risques au niveau des pays. Des évaluations comme celles du séisme survenu en Haïti¹ et de la sécheresse qui a frappé la Corne de l'Afrique sont intégrées dans les approches régionales et nationales de la gestion des urgences sanitaires. L'OMS continue de plaider la cause de la santé dans le cadre des forums intersectoriels. En 2011, la plate-forme mondiale de réduction des risques de catastrophe a mis en avant la sécurité des hôpitaux comme un domaine d'action prioritaire et la santé a été incorporée dans les stratégies régionales pour l'Afrique, les pays arabes, l'Asie et les Amériques dans le cadre de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes. En 2012, la gestion des risques liés aux urgences sanitaires a été incorporée dans les communications présentées par l'OMS à la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, Rio+20 (Rio de Janeiro, Brésil, 20-22 juin 2012) et, de concert avec l'OMM, aux mécanismes du Cadre mondial pour les services climatologiques.

32. La poursuite des travaux du Secrétariat sur le programme de réforme de l'OMS favorise le resserrement de la collaboration pour la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes, au sein de l'Organisation et à tous ses niveaux, pour l'ensemble des risques et pour les domaines techniques comme la santé mentale, les incapacités et la santé génésique. Les activités de renforcement des capacités liées au Règlement sanitaire international (2005) et à la gestion de l'ensemble des risques liés aux urgences sanitaires sont de plus en plus harmonisées aux niveaux régional et national. Qui plus est, l'OMS est en train d'élaborer un cadre de gestion de l'ensemble des risques liés aux urgences sanitaires qui permettra : i) de fournir des orientations sur les activités pertinentes en matière de politique générale, d'évaluation, de planification, d'élaboration et de mise en œuvre ; ii) de hiérarchiser les activités prioritaires de l'OMS dans ce domaine ; et iii) de suivre les capacités de gestion des risques liés aux situations d'urgence et les activités pertinentes menées aux plans national et international.

33. Une action soutenue s'impose pour mettre en place de solides partenariats au service de la gestion des risques liés aux urgences sanitaires aux niveaux national et international ; pour veiller à ce que la gestion de ces risques soit reconnue comme une fonction essentielle de santé publique et intégrée dans les politiques et plans multisectoriels de gestion des risques liés aux urgences sanitaires ; pour pallier le manque de compétences dans ce domaine ; et pour accroître les investissements afin d'étayer les capacités essentielles nécessaires dans tous les pays.

¹ *Health response to the earthquake in Haiti: January 2010: Lessons to be learned for the next massive sudden-onset disaster.* Organisation panaméricaine de la Santé, Washington D.C., 2011.

E. CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ (résolution EB124.R5)

34. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

35. **Plaidoyer et sensibilisation.** Le Secrétariat a collaboré avec les États Membres afin de souligner l'importance de la santé dans les politiques qui ont trait au changement climatique et au développement durable. En collaboration avec l'OMM, le Secrétariat a publié un Atlas de la Santé et du Climat qui a été présenté par le Directeur général et le Secrétaire général de l'OMM lors du Congrès extraordinaire de l'OMM (Genève, 29-31 octobre 2012). Il a également publié, en juin 2012, un document de réflexion intitulé « Our planet, our health, our future – human health and the Rio Conventions: Biological Diversity, Climate Change and Desertification » (Notre planète, notre santé, notre avenir – la santé humaine et les Conventions de Rio : diversité biologique, changement climatique et désertification), en collaboration avec les secrétariats des conventions respectives. L'Organisation a récemment coordonné une série de séminaires électroniques mondiaux en six parties sur la santé et le changement climatique.

36. **Partenariat avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres parties.** L'OMS a apporté une contribution concernant la santé aux organes des Nations Unies s'occupant de changement climatique ci-après : le Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination et son Comité de haut niveau sur les programmes, la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et les réunions techniques et politiques connexes ainsi que l'équipe spéciale du Comité de haut niveau sur les programmes. L'Organisation travaille avec le Secrétariat de la Convention-cadre et le groupe d'experts des pays les moins avancés à l'élaboration de nouvelles orientations concernant la mise au point de la composante sanitaire des plans d'adaptation nationaux. Le Secrétariat a mis à jour un audit de l'empreinte carbone de certains bureaux de l'OMS dans le cadre de l'initiative des Nations Unies « ONU-du bleu au vert ».

37. **Promouvoir et soutenir la production de données scientifiques.** Les membres du personnel du Secrétariat contribuent en qualité d'auteurs ou de membres de comités d'examen collégial à la préparation du cinquième rapport d'évaluation du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat. L'évaluation des avantages vraisemblables pour la santé de stratégies visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre se poursuit, avec de nouveaux rapports concernant le secteur de la santé (en préparation) et les effets sur la santé du noir de carbone,² qui est un polluant important et un agent de réchauffement puissant. L'OMS a collaboré avec l'OMM aux niveaux régional et mondial à la conception d'un plan de mise en œuvre de l'élément santé d'un nouveau cadre mondial pour les services climatologiques.³

38. **Renforcement des systèmes de santé pour protéger les populations des effets nocifs du changement climatique sur la santé.** Le Secrétariat a défini un nouveau cadre opérationnel pour la protection de la santé contre le changement climatique dans la Région de l'Asie du Sud-Est, et suivi et soutenu la mise en œuvre des cadres existants dans les cinq autres Régions de l'OMS. Le Secrétariat a achevé l'évaluation de la vulnérabilité sanitaire et de l'adaptation nécessaires dans plus de 30 pays de toutes les Régions. Il a achevé la deuxième année d'un projet pilote mondial mené dans sept pays

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² Janssen NAH, Gerlofs-Nijland ME, Lanki T et al. *Health effects of carbon black*. Copenhague, OMS Bureau régional de l'Europe, 2012.

³ http://www.wmo.int/pages/gfcs/index_en.php.

(Barbade, Bhoutan, Chine, Fidji, Jordanie, Kenya et Ouzbékistan) sur l'adaptation du secteur de la santé au changement climatique, la troisième et dernière année des projets régionaux mis en œuvre en Asie centrale et en Europe orientale (couvrant l'Albanie, l'Ex-République yougoslave de Macédoine, la Fédération de Russie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan), et les projets de l'équipe de pays des Nations Unies en Chine, en Jordanie et aux Philippines. Des projets sur le changement climatique et les maladies infectieuses entrent dans leur deuxième année au Cambodge, en Mongolie et en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Le Secrétariat soutient ces activités dans le cadre de programmes de renforcement des capacités, comprenant des matériels de formation, une base de données des compétences nationales, des orientations sur l'accès aux sources de financement et un centre d'information sur les projets existants d'adaptation des systèmes de santé publique.

Poursuite des progrès

39. Lors de la manifestation de haut niveau organisée parallèlement à la Dix-Huitième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur le changement climatique (qui s'est tenue à Doha du 26 novembre au 7 décembre 2012), des dispositions institutionnelles éventuelles visant à élargir et approfondir encore l'engagement des intervenants en matière de changement climatique et de santé ont été examinées.

40. Le plan de travail actuel de l'OMS sur le changement climatique et la santé devant être appliqué au cours de la période couverte par le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, les États Membres souhaiteront peut-être donner des indications sur l'élaboration d'un plan de travail pour la période 2014-2019.

Maladies transmissibles

F. ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE (résolution WHA64.16)

41. Donnant suite à la demande formulée par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA64.16 de lui rendre compte chaque année des progrès de l'éradication de la dracunculose, le présent rapport actualise le précédent. À sa cent trente-deuxième session en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹ Au cours des débats, il a été annoncé que des données plus récentes figureraient dans le rapport à l'Assemblée de la Santé, pour refléter le nombre de cas survenus sur toute l'année civile.

42. Après la huitième réunion de la Commission internationale pour la Certification de l'Éradication de la Dracunculose (Genève, 29 novembre-1^{er} décembre 2011), 192 pays, territoires et zones ont été certifiés exempts de transmission de dracunculose. Au 1^{er} janvier 2013, 14 États Membres devaient encore être certifiés : quatre pays d'endémie (l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad), six pays en phase de précertification (Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Niger, Nigéria et Soudan) et quatre qui n'ont signalé aucun antécédent récent (Afrique du Sud, Angola, République démocratique du Congo et Somalie). Le défi pour l'éradication de la dracunculose demeure l'interruption de la transmission dans les quatre pays où la maladie reste endémique.

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

43. Les progrès sur la voie de l'éradication se sont poursuivis : fin 2012, 542 nouveaux cas avaient été notifiés au total dans 272 villages, dont trois cas importés du Mali au Niger, soit une baisse de 49 % par rapport au nombre de cas notifiés en 2011.

44. **Tchad.** L'épidémie se poursuit pour la troisième année, avec 10 nouveaux cas autochtones signalés en 2012 dans neuf villages. Seuls deux de ces villages ont aussi notifié des cas en 2011 ; toutefois, quatre de ces cas seulement ont été confinés. Des mesures visant à interrompre la transmission ont été mises en œuvre et, en 2012, 710 villages étaient sous surveillance active ; sur les neuf villages qui ont signalé des cas en 2012, cinq ne disposaient d'aucune source améliorée d'eau potable.

45. **Éthiopie.** En 2011, six cas autochtones ont été rapportés dans trois villages et deux cas importés du Soudan du Sud ont aussi été enregistrés. Bien que les cas autochtones aient été signalés comme ayant été confinés en 2011, il semble que la transmission se soit poursuivie, quatre cas ayant été notifiés en 2012 par quatre villages ; deux cas dans le woreda (district) de Gog et deux dans celui d'Abobo. Pour trois de ces cas, survenus dans trois villages différents, on a pu retracer la transmission en remontant au village d'Utuyu, woreda de Gog : un cas autochtone au village d'Utuyu et deux cas importés liés au village d'Utuyu et à la forêt environnante. Un autre cas a été signalé dans le village d'Uma, woreda d'Abobo. Sur les quatre cas, deux ont été rapportés comme ayant été confinés. Sur les quatre villages qui ont signalé des cas en 2012, un ne dispose d'aucune source améliorée d'eau potable. L'insécurité récente dans le comté de Pibor, au Soudan du Sud, a contraint les habitants à traverser la frontière pour rejoindre des camps en Éthiopie. À l'heure actuelle, le Programme éthiopien d'éradication de la dracunculose renforce la surveillance dans les zones qui jouxtent le Soudan du Sud.

46. Le **Mali** reste le seul pays d'Afrique de l'Ouest où la transmission de la dracunculose se poursuit. En 2012, quatre cas ont été signalés dans trois villages, contre 12 dans six villages en 2011 : un cas dans la région de Segou et un dans celle de Mopti et deux cas dans la région de Kidal. Un seul cas a été signalé comme confiné. L'un des trois villages qui ont signalé des cas en 2012 ne dispose d'aucune source améliorée d'eau potable. En raison de problèmes de sécurité, le programme national ne fonctionnait pas à plein régime dans deux régions (Gao et Tombouctou) et n'a pu effectuer aucune intervention dans la région de Kidal ou même vérifier les deux cas notifiés. La surveillance a été intensifiée dans les camps de réfugiés maliens au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger en vue de prévenir toute nouvelle propagation de la maladie. Les membres des missions humanitaires organisées dans le nord du pays par le Ministère de la Santé et ses partenaires ont été formés à la surveillance de la maladie. En septembre 2012, trois cas ont été signalés au Niger, supposément importés du Mali.

47. Le **Soudan du Sud** a comptabilisé 96 % des cas de dracunculose signalés en 2012. En 2012, 255 villages, dont 89 villages signalant des cas autochtones, ont notifié un total de 521 nouveaux cas, soit une baisse de 49 % par rapport à 2011 ; 64 % de ces cas ont été confinés. Sur le nombre total de nouveaux cas signalés en 2012, 420 (81 %) l'ont été dans le comté de Kapoeta East dans l'État d'Eastern Equatoria. En 2012, 55 des 167 villages d'endémie (représentant 33 % du total) disposaient d'une ou plusieurs sources améliorées d'eau potable, tandis que, dans le comté de Kapoeta East, 20 seulement des 104 villages d'endémie (19 % du total) avaient accès à des sources améliorées d'eau potable.

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

48. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

49. Le présent rapport récapitule les conclusions de la quatorzième réunion du Comité consultatif OMS de Recherche sur le Virus variolique (Genève, 16 et 17 octobre 2012) et présente les travaux pertinents conduits par le Secrétariat.

50. Le Comité consultatif a pris note du fait que les travaux menés au titre du programme officiel de recherche sur le virus variolique avaient été effectués sous sa supervision. En 2012, neuf projets avaient jusqu'ici été approuvés par son sous-comité scientifique.² Le Comité consultatif a été informé du fait que la composition de son sous-comité scientifique avait été renouvelée.

51. Le Comité consultatif a pris connaissance des rapports sur les stocks de virus détenus dans les deux centres collaborateurs de l'OMS homologués comme conservatoires de virus variolique, à savoir : le Centre de recherche d'État en virologie et biotechnologie (Koltsovo, Fédération de Russie) et les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Géorgie, États-Unis d'Amérique).

52. Le Comité consultatif a aussi été informé par trois groupes pharmaceutiques des faits nouveaux concernant des vaccins candidats et des agents antiviraux qui sont à un stade avancé. Les informations présentées comprenaient des données sur l'efficacité, l'innocuité, la stabilité et la capacité de fabrication à grande échelle. Les études nécessaires pour satisfaire aux exigences en vue de leur approbation réglementaire se poursuivent.

53. Dans le cadre de la mise en place du réseau de laboratoires pour diagnostiquer la variole et autres orthopoxviroses, le Siège et les bureaux régionaux recenseront les laboratoires de diagnostic déjà dotés des capacités voulues. Forts des tests de diagnostic existants, on est actuellement en train d'affiner un test propre au virus de la variole, qui le distinguera des autres poxvirus.

54. Les deux conservatoires de virus variolique autorisés ont été inspectés au cours de l'année 2012 et la version définitive des rapports de ces inspections sur la sécurité biologique sera postée sur le site Web de l'OMS. Le protocole utilisé suivait la norme CWA 15793:2008 sur la gestion des risques biologiques en laboratoire du Comité européen de Normalisation et prend en compte 16 éléments relatifs à la gestion des risques biologiques. Les visites d'inspection de la sécurité biologique conduites en 2012 ont confirmé que cette méthode permet d'inspecter efficacement les conservatoires, contribuant ainsi à convaincre l'ensemble de la communauté que ce travail vital est réalisé dans le respect des normes de sûreté et de sécurité biologiques les plus élevées.

55. Les travaux se poursuivent sur l'élaboration d'un cadre opérationnel permettant d'accéder au stock d'urgence de l'OMS pour faire face à un épisode infectieux. Ce cadre indique les éléments juridiques relatifs aux dons de vaccin antivariolique, les modes opératoires normalisés pour les pays donateurs comme pour les pays bénéficiaires, les impératifs logistiques et comprend un formulaire de demande de vaccin précisant les modalités du don et de la réception des vaccins antivarioliques. Le

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² Rapport de la quatorzième réunion du Comité consultatif OMS de Recherche sur le Virus variolique, sous presse.

Secrétariat a impulsé des discussions avec les agences nationales de réglementation des pays donateurs afin de mettre en place un cadre réglementaire applicable aux vaccins antivarioliques.

56. Le Secrétariat envisage de réunir en octobre 2013 le Comité ad hoc sur les Orthopoxviroses afin de réévaluer la composition et la taille des stocks de vaccin antivariolique nécessaires pour faciliter une riposte urgente de l'OMS face à une éventuelle flambée de variole.

Systemes de santé

H. SÉCURITÉ DES PATIENTS (résolution WHA55.18)

57. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

58. Pour donner suite à la résolution WHA55.18 sur la qualité des soins et la sécurité des patients, le Secrétariat a créé, en 2004, l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, rebaptisée en 2009 Programme de l'OMS pour la sécurité des patients. Depuis 2004, l'action du Secrétariat s'est avérée très efficace face aux défis que posent dans le monde les soins qui ne sont pas sûrs.

59. Les **Défis mondiaux pour la sécurité des patients** ont galvanisé les efforts internationaux tendant à renforcer les politiques et la prestation de soins. Le premier défi, intitulé **Un soin propre est un soin plus sûr**, visait à inciter les prestataires de soins du monde entier à réduire les infections liées aux soins de santé essentiellement grâce à une meilleure hygiène des mains. Depuis son lancement en 2005, ce défi mondial a été relevé par 129 États Membres, et 15 000 hôpitaux mettent en œuvre les lignes directrices et outils de l'OMS pour améliorer l'hygiène des mains.

60. Pour le deuxième défi, intitulé **Une chirurgie sûre sauve des vies**, le Secrétariat a établi en 2008 une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale, qui a été avalisée par 700 entités, et appliquée dans quelque 2000 hôpitaux du monde entier. Tirant parti du succès remporté par cette première liste, le Secrétariat en a établi une deuxième au service de la sécurité de l'accouchement en vue de réduire les risques encourus à cette occasion.

61. Afin d'étayer les connaissances scientifiques qui sous-tendent cette question, le Secrétariat a promu **la recherche pour la sécurité des patients**. La contribution des experts a permis de fixer un certain nombre de priorités de recherche et les travaux conduits dans 13 États Membres portent à croire qu'il existe un risque élevé au regard de la sécurité des soins dans les pays en développement. Le Secrétariat a donné une estimation de la charge mondiale des soins de santé peu sûrs, mis sur pied un mécanisme de financement de la recherche faisant intervenir 24 équipes dans 22 pays, et proposé un programme de formation en ligne et des outils consacrés à la recherche pour la sécurité des patients.

62. Le Secrétariat a élaboré des normes, protocoles et lignes directrices de plan mondial pour la mise en œuvre de pratiques cliniques sûres visant à réduire les infections sanguines liées au cathéter, les erreurs de site opératoire, l'utilisation incorrecte de produits injectables concentrés et les problèmes de communication entre les dispensateurs de soins. Ces éléments ont été diffusés dans le monde entier et mis en œuvre dans plus de 400 hôpitaux répartis sur une dizaine de pays.

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

63. Désireux d'encourager la participation des patients et des consommateurs, le Secrétariat a créé un réseau intitulé **Les patients pour la sécurité des patients**, encadré par ces derniers et les membres de leur famille. Ce réseau de niveau mondial compte plus de 250 champions actifs dont le crédo consiste à affirmer que la sécurité des patients ne progressera pas sans l'expérience ni la sagesse des patients eux-mêmes. Ce programme est en train d'élaborer de nouvelles applications pour les moyens de communication mobiles destinés aux patients (services de messagerie compris).

64. Le Secrétariat a mis au point le cadre conceptuel du corpus de connaissances relatif à la sécurité des patients afin d'améliorer l'analyse des problèmes de sécurité et de faciliter l'apprentissage. Associées aux lignes directrices de l'OMS sur **les systèmes de notification**, les communautés de pratique des États Membres peuvent tirer profit de l'apprentissage par l'expérience pour diminuer les préjudices causés aux patients.

65. Pour répondre aux demandes de renforcement des capacités pertinentes formulées par les États Membres, le Secrétariat s'est employé à promouvoir **l'éducation à la sécurité des patients** et a mis au point l'édition multiprofessionnelle du Guide d'initiation à la sécurité des patients, qui doit permettre aux responsables de la santé, aux prestataires de soins et aux étudiants d'acquérir les notions nécessaires en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. Plus de 300 universités ont approuvé ce Guide et 30 universités l'utilisent effectivement.

66. Afin d'élargir le champ d'action du Secrétariat et d'intégrer des interventions relatives à la sécurité, le programme des **Partenariats africains pour la sécurité des patients**, mis en place en 2009 pour donner suite à l'appel à l'action examiné par le Comité régional de l'Afrique à sa cinquante-huitième session,¹ a créé un réseau de partenariats des hôpitaux qui facilite l'apprentissage « bidirectionnel » de la sécurité des patients et fait intervenir 14 pays africains et trois pays européens. Six expériences de partenariat ont permis de stimuler des changements dans six pays de la Région africaine en matière de sécurité des patients.

67. Au cours de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, tenue en mai 2012, le Secrétariat a organisé une séance d'information technique pour prendre connaissance des réalisations intervenues dans les États Membres développés et en développement dans le domaine de la sécurité des patients.

Redynamiser la sécurité des patients à l'OMS

68. En étroite collaboration avec l'Envoyé spécial de l'OMS pour la sécurité des patients, nommé en 2011 par le Directeur général, le Secrétariat a lancé une nouvelle stratégie quinquennale visant les objectifs stratégiques ci-après :

- Encadrer la sécurité des patients à l'échelle mondiale.
- Tirer parti des connaissances, compétences techniques et innovations pour améliorer la sécurité des patients.
- Faire participer les systèmes de soins de santé, les organisations non gouvernementales, les représentants de la société civile et la communauté scientifique à l'initiative mondiale en faveur de soins plus sûrs.

¹ Document AFR/RC58/8, adopté par le Comité régional (voir le document AFR/RC58/20, paragraphes 111-118).

69. S'appuyant sur l'action accomplie par le Secrétariat à ce jour, la redynamisation de la sécurité des patients aura au cours des cinq prochaines années pour priorités : la mise au point d'outils et de meilleures pratiques pour améliorer la sécurité au niveau des soins primaires, améliorer l'éducation et la formation des personnels de santé en matière de sécurité des patients afin d'accroître la qualité et la sécurité des services de santé, élargir les partenariats en Afrique et au-delà, et renforcer la participation du patient et de la communauté.

70. Les activités menées dans toute l'Organisation, notamment les travaux portant sur la sécurité des médicaments et des appareils médicaux, les transfusions sanguines et les ressources humaines au service de la santé, font l'objet d'une coordination, et le Secrétariat est en train d'établir la version définitive d'une initiative de premier plan sur la sécurité des injections qui sera lancée en 2013. Son action dans le domaine de la sécurité des patients fait aussi progresser d'autres priorités de l'Organisation, à savoir la couverture de santé universelle ainsi que la santé et le bien-être des populations vieillissantes.

I. EAU POTABLE, ASSAINISSEMENT ET SANTÉ (résolution WHA64.24)

Situation

71. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

72. Le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement a annoncé en mars 2012 que la cible 7.C de l'objectif 7 du Millénaire pour le développement (réduire de moitié d'ici 2015 le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base) avait été atteinte en ce qui concerne l'eau potable en décembre 2010, d'après le pourcentage de population ayant accès à des sources d'eau potable améliorées. Entre 1990 et 2010, plus de 2 milliards de personnes ont pu avoir accès à des sources améliorées, le pourcentage de la population dépourvue d'accès étant passé pendant la même période de 24 % à 11 %.

73. La proportion de personnes dépourvues d'accès à des services d'assainissement améliorés est passée de 51 % en 1990 à 37 % en 2010 – en chiffres absolus, près de 2,5 milliards de personnes étaient encore dépourvues d'accès en 2010. On estime que 1,1 milliard de personnes défèquent encore à l'air libre.

74. D'après le rapport de l'OMS sur le choléra publié en 2011,² 58 pays de l'ensemble des Régions ont notifié au total 589 854 cas de choléra, dont 7816 mortels, soit une augmentation de 85 % du nombre de cas par rapport à 2010.

75. L'Analyse et l'évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS) 2012 a appelé l'attention sur le manque de politiques et de programmes nationaux privilégiant une approche équilibrée de la gestion des ressources humaines et financières, à la fois pour soutenir les infrastructures existantes et élargir l'accès aux services – obstacle majeur au progrès dans

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² Choléra 2011, *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2012, **87**(31-32) : 289-304.

la mise en œuvre de l'élément assainissement de la cible 7.C de l'objectif 7 du Millénaire pour le développement. Le risque que la réalisation de la cible 7.C ne puisse être maintenue en 2015 est réel. Le manque d'informations fiables au niveau des pays concernant la couverture dans différents cadres, tels que les écoles et les centres de santé, signifie que les autorités gouvernementales compétentes ne sont peut-être pas toujours conscientes des problèmes et ne réagissent donc pas toujours.

Stratégies

76. En particulier, l'Assemblée de la Santé a, dans sa résolution WHA64.24, demandé de formuler une nouvelle stratégie intégrée de l'OMS pour l'eau, l'assainissement et la santé qui mette particulièrement l'accent sur la qualité de l'eau. Trois domaines d'activité précédemment distincts (qualité de l'eau de boisson, sécurité d'emploi des eaux usées et sécurité des eaux de baignade), sont désormais couverts par la nouvelle stratégie unique de l'OMS sur la qualité de l'eau et la santé, et traités par un seul groupe d'experts.

77. La stratégie du Programme commun OMS/UNICEF pour 2010-2015 vise à atteindre quatre résultats principaux, et notamment à mettre l'accent sur les besoins du suivi après 2015. Au nombre des quatre objectifs stratégiques de l'Analyse et l'évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable¹ figure la fixation d'une norme de référence pour la collecte de données sur les facteurs qui favorisent ou qui entravent les progrès en matière d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement.

Promouvoir le changement

78. Les principales publications parues depuis l'adoption de la résolution WHA64.24 sont les deux rapports cités aux paragraphes 72 et 75 ci-dessus, à savoir la quatrième édition des Directives de l'OMS pour la qualité de l'eau de boisson² et plusieurs documents techniques à l'appui de la planification pour la sécurité sanitaire de l'eau. Les stratégies tant du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau³ et de l'assainissement que de l'Analyse et de l'évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable ont été bien accueillies par les organismes bilatéraux et multilatéraux d'aide extérieure, et la stratégie unique de l'OMS est largement diffusée depuis qu'elle a été présentée en août 2012.

Rôle normatif dans l'élaboration de cibles et d'indicateurs

79. Le Programme commun OMS/UNICEF a servi de plate-forme à l'élaboration de cibles et d'indicateurs pour le suivi mondial après 2015. Suite à l'accord sur la feuille de route lors de la première consultation sur le suivi après 2015 de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement, organisée par l'OMS et l'UNICEF (Berlin, 3-5 mai 2011), des cibles et des indicateurs ont été fixés avant d'être examinés à la deuxième consultation tenue à La Haye en décembre 2012. Les résultats de cet effort technique seront intégrés aux processus politiques en rapport avec les objectifs de développement après 2015.

¹ http://www.who.int/entity/water_sanitation_health/publications/glaas_strategy.pdf (consulté le 25 octobre 2012).

² Directives pour la qualité de l'eau de boisson, 4^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

³ Voir également le site Web dédié (www.wssinfo.org) où l'on trouvera des renseignements sur les importants travaux concernant l'eau et l'assainissement après 2015 menés en 2012.

Renforcement des capacités

80. Dans le cadre du partenariat OMS/AusAID sur la qualité de l'eau pour la santé, la deuxième phase du projet de développement des capacités dans le cadre du plan pour la sécurité sanitaire de l'eau a été achevée dans six pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental en mai 2012 ; 12,5 millions de personnes supplémentaires ont été approvisionnées en eau potable dans le cadre de 150 nouveaux plans de sécurité sanitaire de l'eau (pour 60 zones urbaines et 90 zones rurales). La troisième phase a débuté en septembre 2012 dans 12 pays et devrait déboucher sur de nouveaux cadres institutionnels et politiques nationaux durables, l'intégration de l'approche du plan de sécurité sanitaire de l'eau et de la gestion des biens, et l'intégration des plans de sécurité sanitaire de l'eau dans les plans d'investissement régionaux.

J. PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS (résolution WHA60.26)

81. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

82. Le présent rapport décrit les progrès accomplis dans la mise en œuvre des cinq objectifs du Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017.

Objectif 1 : définir et appliquer un cadre d'action pour la santé des travailleurs

83. Les travailleurs représentent la moitié de la population mondiale et leur santé est une condition préalable d'un développement économique durable. Le Secrétariat a apporté un soutien technique à 21 États Membres pour l'élaboration au niveau national de politiques et de cadres pour la santé des travailleurs et le renforcement des capacités correspondantes des ministères de la santé.

84. Les mesures visant à éliminer les maladies liées à l'amiante ont notamment consisté à améliorer la prise de conscience à l'égard des effets de l'amiante sur la santé, mener des actions de sensibilisation en faveur de la prévention primaire et apporter un soutien à l'élaboration de profils et de programmes nationaux pour l'élimination de ces maladies dans 45 États Membres.

85. Un soutien a été fourni à 14 États Membres pour l'organisation de campagnes de vaccination des agents de santé contre l'hépatite B.

Objectif 2 : protéger et promouvoir la santé sur le lieu de travail

86. Afin d'améliorer la gestion des risques professionnels, le Secrétariat a contribué à l'élaboration de fiches d'information internationales sur la sécurité chimique (il en existe actuellement 1700), à la conception de trousseaux pour la gestion rationnelle des produits chimiques industriels, de guides pour la gestion des risques psychosociaux sur le lieu de travail et l'exposition professionnelle aux rayonnements ultraviolets et ionisants.

87. Des guides mondiaux sur les lieux de travail sains et sur l'alimentation et l'exercice physique sur le lieu de travail ont été publiés afin de faciliter une gestion intégrée des déterminants de la santé et des principaux risques de maladies non transmissibles dans l'environnement de travail.

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

88. Des recommandations et des stratégies politiques ont été diffusées, afin que les agents de santé aient un meilleur accès aux services prenant en charge l'infection à VIH et la tuberculose, ainsi que des conseils sur la prévention des piqûres d'aiguilles.

Objectif 3 : améliorer les services de médecine du travail et en élargir l'accès

89. L'OMS a participé à l'organisation de la conférence mondiale « Relier santé et travail » (La Haye, 29 novembre-1^{er} décembre 2011), qui a donné des orientations stratégiques pour élargir l'accès de tous les travailleurs aux interventions essentielles de prévention des maladies et traumatismes d'origine professionnelle ou liés au travail. Une attention particulière a été accordée aux travailleurs du secteur informel et des petites entreprises dans le contexte de soins de santé primaires intégrés et axés sur la personne.

90. Des méthodes d'établissement des coûts et des outils pratiques pour mettre en œuvre des interventions essentielles en matière de santé au travail, ainsi que des matériaux de formation et des ressources en matière d'information pour les prestataires de soins primaires, sont élaborés et distribués par l'intermédiaire du réseau des centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine du travail.

Objectif 4 : fournir des données sur lesquelles fonder l'action

91. Le Secrétariat a établi un groupe de travail mondial sur les maladies professionnelles afin de fournir des données qui seront utilisées pour la Onzième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Le groupe de travail a établi des modèles de description pour 120 maladies et causes externes ayant une origine professionnelle qui ont été inclus dans la version bêta de la Onzième Révision de la Classification. Le groupe de travail a également contribué à la mise à jour de la liste des maladies professionnelles de l'OIT¹ et à l'établissement de critères de diagnostic et d'exposition pour leur reconnaissance.

Objectif 5 : intégrer la santé des travailleurs dans d'autres politiques

92. Le Secrétariat a publié un ensemble d'indicateurs pour évaluer les aspects liés à la santé des travailleurs des politiques de développement durable et a fourni des orientations sur le rôle de la santé des travailleurs dans le cadre de l'adaptation au changement climatique, de l'atténuation de ses effets et de l'économie verte. Le Secrétariat a également donné des orientations pour une évaluation de l'impact sur la santé des industries extractives – industries minières, pétrole et gaz.

93. Une étroite collaboration a été établie avec l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques afin de soutenir la gestion rationnelle des agents cancérigènes industriels prioritaires et la mise à jour des profils nationaux des produits chimiques dans plusieurs pays.

Mise en œuvre

94. Les activités du Secrétariat ont été soutenues par le réseau des centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine du travail (dont le nombre de membres est actuellement de 50). On s'est efforcé d'obtenir une efficacité maximale moyennant une action concertée dans quelques domaines prioritaires : la prévention des cancers professionnels et des maladies respiratoires chroniques, la sécurité des agents de santé, les outils et les normes favorisant des lieux de travail sains, les services et

¹ *Liste des maladies professionnelles de l'OIT (révisée en 2010)*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2010.

les capacités en matière de santé au travail, les maladies professionnelles, l'économie verte et l'adaptation climatique, les populations vulnérables et l'emploi à haut risque. En outre, une étroite collaboration avec l'OIT et d'autres partenaires internationaux a permis de créer des synergies.

K. 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)

95. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

96. Ce rapport renseigne sur les travaux accomplis au titre des quatre directions stratégiques, à savoir : renforcer la capacité d'analyse par l'OMS des spécificités de chaque sexe et de planification en fonction de celles-ci ; intégrer la problématique hommes/femmes dans l'administration de l'OMS ; promouvoir l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités de chaque sexe ; et instaurer l'obligation de rendre compte.

97. Le renforcement de la capacité de l'OMS à analyser les spécificités de chaque sexe et à planifier en fonction de celles-ci passe notamment par la publication d'un manuel pour l'intégration de la dimension sexospécifique destiné aux gestionnaires de la santé,² et par la formation systématique des membres du personnel de l'Organisation et des fonctionnaires gouvernementaux (principalement dans les ministères de la santé) dans toutes les Régions de l'OMS. Ce manuel fournit des orientations sur le renforcement des capacités et a été institutionnalisé dans plusieurs pays. Par exemple, les Ministères de la Santé d'Afghanistan et d'Oman ont adopté les lignes directrices et organisé de nombreux cours nationaux de formation sur les spécificités de chaque sexe et la santé à l'intention du secteur sanitaire. Le Bureau régional du Pacifique occidental a proposé des sessions de formation sur l'intégration des spécificités de chaque sexe dans le domaine de la santé s'adressant à la fois aux homologues nationaux et aux membres du personnel de l'OMS dans bon nombre de pays de la Région.

98. Le Réseau Genre, femmes et santé, qui comprend actuellement 112 coordonnateurs chargés des questions d'équité entre hommes et femmes dans l'ensemble des six Régions de l'OMS, est en train de s'étoffer de façon à pouvoir y inclure les coordonnateurs chargés des questions de sexospécificité, d'équité et de droits fondamentaux. Lorsqu'il sera pleinement opérationnel, le Réseau devrait compter quelque 200 coordonnateurs.

99. Le bon niveau actuel d'intégration des spécificités de chaque sexe dans le processus de planification opérationnelle aux niveaux régional et national peut être attribué à l'octroi continu d'un soutien aux États Membres sous forme d'éléments d'orientation, de recherche opérationnelle et de renforcement des capacités. Le Secrétariat a, par exemple, prodigué son soutien au Ministère de la Santé publique d'Afghanistan pour qu'il élabore une stratégie sexospécifique nationale 2012-2016. Il a aussi épaulé une évaluation du même ordre lors d'un examen à mi-parcours (2011) du plan stratégique du secteur de la santé du Cambodge 2008-2015, lequel incarne le premier exemple d'intégration des spécificités de chaque sexe dans les plans et politiques de santé d'un pays situé dans la Région du

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

Pacifique occidental. La monographie a été corroborée par des documents et publiée. La République démocratique populaire lao a sollicité un appui analogue.

100. Afin de renforcer dans toute l'Organisation les perspectives d'intégration institutionnelle des questions de sexospécificité, d'équité entre hommes et femmes et de droits fondamentaux, et la reconnaissance des liens réciproques entre ces valeurs essentielles, le Directeur général a constitué en 2012 au Siège une équipe ad hoc. La tâche de cette équipe chargée de l'intégration des questions de spécificité entre les sexes, d'équité entre hommes et femmes et de droits fondamentaux consiste à favoriser l'intégration de ces valeurs essentielles à l'échelle de l'Organisation en faisant activement participer les membres du personnel à tous les niveaux et dans tous les bureaux ainsi que leurs homologues nationaux. Une stratégie pertinente à l'échelle de l'OMS sur la façon d'intégrer ces questions à chaque niveau de l'Organisation s'impose si l'on veut orienter l'action future de l'OMS et remplacer la stratégie existante en la matière.

101. L'intégration des spécificités de chaque sexe, de l'équité entre hommes et femmes et des droits fondamentaux dans la politique générale de l'OMS est bien illustrée au niveau régional par le document Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être,¹ adopté en septembre 2012 par le Comité régional OMS de l'Europe dans sa résolution EUR/RC62/R4. Ses principaux objectifs stratégiques visent à réduire les inégalités de santé en Europe et à améliorer la gouvernance pour la santé en reconnaissant l'importance des conceptions qui intègrent les spécificités de chaque sexe, les déterminants sociaux et les droits fondamentaux pour promouvoir ces objectifs.

102. L'OMS a de plus en plus recours aux données ventilées par sexe. Dans 73 % des publications du Bureau régional des Amériques, par exemple, les données sont ventilées par sexe. Une autre innovation importante concerne la mise en place, par l'Observatoire mondial de la Santé, d'un système de surveillance de l'équité qui comprendra des indicateurs de la malnutrition de l'enfant et des données sur la mortalité de l'enfant et la couverture vaccinale ventilés par sexe.

103. L'OMS est résolue à mettre en œuvre le Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes,² adopté par le Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination en avril 2012. Par conséquent, le Secrétariat va rédiger un plan d'action correspondant qui proposera une approche cohérente de l'intégration des spécificités de chaque sexe, de l'équité entre hommes et femmes et des droits fondamentaux dans toute l'Organisation, en proposant un mécanisme approprié pour notifier au Conseil des chefs de secrétariat et aux organes directeurs de l'OMS l'état d'avancement des 15 indicateurs ayant spécifiquement trait au degré d'exécution par l'OMS du plan d'action à l'échelle des Nations Unies.

104. Les considérations relatives aux spécificités de chaque sexe ont été intégrées dans les programmes techniques de l'OMS comme ceux qui portent sur le VIH, et sur la prévention de la violence et des traumatismes. La Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida pour 2011-2015 de l'OMS comprend ainsi une orientation stratégique qui insiste expressément sur la nécessité de promouvoir l'égalité des sexes en surveillant, par exemple, les inégalités au regard du VIH et en mettant en place des services chargés de s'atteler à la violence fondée sur le sexe. Les

¹ Document EUR/RC62/9.

² Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour mettre en œuvre la politique du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. New York, ONU-Femmes, avril 2012.

prochaines lignes directrices de l'OMS sur la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, chez les professionnels du sexe comprennent aussi des recommandations explicites sur la prise en compte de la violence exercée à l'encontre des professionnels du sexe comme étant un facteur de risque pour la transmission de ces infections. Le Secrétariat a également insisté sur la capacité de prévenir dans les pays les violences exercées par les partenaires intimes moyennant l'organisation d'ateliers dans la Région des Amériques, la Région africaine et la Région du Pacifique occidental. Dans la Région des Amériques, des plans d'action visant à intégrer les spécificités de chaque sexe ont été établis dans 13 pays. Un rapport de suivi à mi-parcours de l'exécution du plan d'action de l'OPS pour la mise en œuvre de la politique d'égalité des sexes 2009-2014,¹ examiné par la Vingt-Huitième Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012, faisait valoir que la principale difficulté à laquelle se heurte l'intégration de la dimension sexospécifique dans la santé est la volonté politique.

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

105. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.²

106. Pour donner suite à la résolution WHA60.16, le Secrétariat œuvre de concert avec les États Membres, en collaboration avec des partenaires internationaux, régionaux et nationaux, afin de promouvoir l'usage rationnel des médicaments. Ces activités ont pour but de minimiser la consommation excessive, insuffisante ou abusive des médicaments, qui se traduit par le gaspillage de maigres ressources et de mauvais résultats sanitaires.

107. L'OMS a coparrainé la Troisième Conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments (Antalya, Turquie, 14-18 novembre 2011). Cette Conférence, qui réunit tous les sept ans les milieux pharmaceutiques de la planète, a accueilli 594 participants, originaires de 86 pays, qui se sont rencontrés afin de passer en revue les travaux effectués pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments et aborder les orientations futures. Les participants sont convenus de ce que les fructueux projets de recherche pilote déjà entrepris en la matière avaient maintenant besoin de se concrétiser sous forme de politiques et de programmes dans les systèmes de santé.

108. Le Secrétariat a fourni l'un des deux documents techniques examinés lors du Sommet des Ministres de la Santé portant sur « les avantages de l'utilisation responsable des médicaments : fixer des politiques au service de soins de santé de meilleure qualité et plus rentables ».³ Ce Sommet, organisé par le Ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports des Pays-Bas, s'est tenu à Amsterdam (Pays-Bas) le 3 octobre 2012. Il a permis aux pays de partager des données d'expérience et d'en tirer des enseignements mutuels. À l'occasion de la Troisième Conférence internationale et du Sommet ministériel, les participants ont insisté sur la nécessité d'améliorer l'accès aux médicaments et leur utilisation pour parvenir à la couverture sanitaire universelle.

¹ Document CSP28/INF/3.

² Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

³ Disponible sur le site http://www.who.int/medicines/publications/responsible_use/en/index.html (consulté le 2 novembre 2012).

109. L'usage rationnel des médicaments a aussi été examiné lors de réunions régionales de premier plan. L'OMS a collaboré à la Conférence Asie-Pacifique sur les politiques pharmaceutiques nationales (Sydney, Australie, 26-29 mai 2012). Le Secrétariat a également organisé un atelier régional sur les modalités permettant de garantir aux mères et aux enfants l'accès aux médicaments prioritaires (Manille, 15-17 août 2011), lequel a été suivi d'une consultation interpays consacrée à l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels, aux outils diagnostiques et aux appareils médicaux pour la prise en charge des maladies non transmissibles (Manille, 18-20 août 2011).

110. La stratégie régionale visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments a été mise à jour en 2012 dans la Région des Amériques ; dans la Région de l'Asie du Sud-Est, la résolution SEA/RC64/R5 portant sur la politique nationale applicable aux médicaments essentiels, adoptée par le Comité régional à sa soixante-quatrième session en septembre 2011, considérait, quant à elle, l'usage rationnel des médicaments comme une composante majeure.

111. La Journée mondiale de la Santé 2011 avait pour thème « La résistance antimicrobienne : agir aujourd'hui pour pouvoir soigner encore demain ». Les six notes d'information fournies en accompagnement portaient notamment sur la réglementation et la promotion de l'usage rationnel des médicaments, y compris en matière d'élevage, et sur la garantie de soins adaptés aux patients. À l'issue de la Journée mondiale de la Santé 2011 a été constitué le Groupe spécial chargé de la résistance aux antimicrobiens. La promotion de l'usage rationnel des médicaments constitue une part importante de ses activités.

112. Sous les auspices du Groupe de travail de l'ANASE chargé de l'innovation pharmaceutique et avec le concours d'animateurs détachés du Secrétariat de l'OMS, le Ministère de la Santé du Brunéi Darussalam a organisé un séminaire de formation de cinq jours consacré à l'usage rationnel des agents antimicrobiens. Parmi les participants figuraient des délégués d'Indonésie, de République démocratique populaire lao, de Malaisie et des Philippines. Les discussions approfondies ont porté sur l'usage rationnel des médicaments, la lutte anti-infectieuse, sur la surveillance de la résistance antimicrobienne et sur la lutte en rapport. Dans la Région européenne, en collaboration avec l'Université d'Anvers (Belgique) et avec des établissements néerlandais, un atelier sous-régional s'est tenu dans le but d'évaluer la consommation d'antibiotiques dans les pays d'Europe méridionale et orientale (Utrecht, Pays-Bas, 3-6 septembre 2012). Cette action vise à favoriser la mise en place d'une base de données sur la consommation d'antibiotiques qui soit compatible avec celle du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, et d'étayer ainsi la mise en œuvre des stratégies européennes pour endiguer la résistance antimicrobienne.

113. La liste modèle OMS des médicaments essentiels a été révisée dans le cadre du cycle biennal, la dix-septième en date ayant paru en mai 2011.¹ La prochaine révision est prévue pour avril 2013. Les listes nationales de médicaments essentiels continuent d'être largement actualisées dans l'ensemble des Régions ; plusieurs pays ont mis à jour leur liste au même titre que les guides thérapeutiques normalisés. L'Inde a élaboré son formulaire national (basé sur le modèle de l'OMS) et l'a mis à la disposition des prescripteurs. Ce formulaire a aussi bénéficié d'une mise à disposition universelle grâce à une application sur téléphone portable, qui a été téléchargée dans plus de 50 pays.

114. Dans le domaine de la sécurité des patients, l'OMS a produit une publication sur la résistance antimicrobienne à l'intention des décideurs. Cet ouvrage, qui présente des interventions potentielles,

¹ <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (consulté le 2 novembre 2012).

contient des chapitres sur les mesures visant à garantir une meilleure utilisation des antibiotiques et sur la réduction de l'utilisation des antimicrobiens dans l'élevage.

115. Chiffrer l'utilisation des médicaments représente une part importante de l'évaluation de leur usage rationnel. L'analyse des données recueillies au Siège sur la consommation des médicaments et les politiques pharmaceutiques a montré que l'usage des médicaments est plus rationnel dans les pays disposant d'une politique que dans ceux qui en sont dépourvus. Les informations communiquées par l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Slovénie sont collectées de façon à pouvoir établir des indicateurs sur l'usage des médicaments.

116. La formation à la sélection des médicaments, la pharmacothérapie et l'usage rationnel est essentielle pour améliorer la consommation des médicaments. Le campus virtuel de santé publique de l'OPS/OMS, coordonné par le centre collaborateur de l'OMS pour l'enseignement et la formation dans le domaine de la pharmacothérapie (La Plata, Argentine) a initié plus de 200 professionnels de santé à ces domaines et, dans la Région européenne, la formation portant sur ces questions a été dispensée au Danemark et aux Pays-Bas, en novembre 2012, à l'intention des États Membres de l'Union européenne et des pays en passe d'y adhérer.

117. Malgré les exemples de coordination sectorielle évoqués plus haut concernant l'usage rationnel des médicaments, y compris l'action menée pour combattre la résistance antimicrobienne, les efforts nationaux instamment demandés aux États Membres aux termes de la résolution WHA60.16 restent à ce jour limités.

M. STRATÉGIE DE RECHERCHE SUR LES POLITIQUES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ

118. À sa cent trente-deuxième session, en janvier 2013, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport de situation.¹

119. Plusieurs rapports de l'OMS sur la recherche en santé, étayés par des déclarations internationales,² ont souligné la nécessité d'un engagement soutenu au service de la production de connaissances reposant sur la recherche et d'un investissement accru dans les projets scientifiques. Bien que les publications en question aient réussi à faire mieux connaître les tenants et les aboutissants de la recherche en santé auprès des responsables politiques, quelques-unes seulement portaient plus particulièrement sur la recherche liée aux politiques et aux systèmes de santé. Afin d'appuyer le renforcement d'une base de données factuelles permettant d'accélérer l'obtention de la couverture sanitaire universelle, on a donc insisté davantage sur le rôle de tous les protagonistes et, en particulier, sur celui des décideurs chargés d'établir les priorités de recherche sur les politiques et les systèmes de santé.

120. En réaction, l'OMS et ses partenaires ont organisé le premier Colloque mondial pour la recherche sur les systèmes de santé (Montreux, Suisse, 16-19 novembre 2010). Ce Colloque a permis à plus de 1200 intervenants d'horizons divers – recherche, politique, financement, mise en œuvre et société civile – de débattre pour la première fois du rôle important de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et de sa contribution au processus décisionnel. Au cours de ce Colloque, les délégués

¹ Voir le procès-verbal de la quinzième séance du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, section 2.

² Dont l'Appel à l'action de Bamako sur la recherche sur la santé (2008), qui est disponible à l'adresse : http://www.who.int/rpc/news/bamako_call_to_action/en/index.html (consulté le 6 novembre 2012).

sont convenus de la nécessité de mettre en place une stratégie de recherche sur les politiques et les systèmes de santé afin d'intensifier la production et l'utilisation de données de recherche dans les politiques de santé et de justifier de plus amples investissements dans ce domaine décisif de la recherche.

121. Le Secrétariat a pris l'initiative d'élaborer cette stratégie, fondant ses travaux sur des données scientifiques et s'inspirant de l'expérience de multiples protagonistes dans un souci de transparence, d'intégration et de participation. À cet effet, un groupe consultatif de 29 membres a été constitué, composé d'hommes et de femmes originaires du monde entier, et comprenant des chercheurs éminents et des responsables politiques.

122. La stratégie de recherche sur les politiques et les systèmes de santé, intitulée « Changer les mentalités »,¹ a été lancée le 1^{er} novembre 2012 à l'occasion du deuxième Colloque mondial pour la recherche sur les systèmes de santé (Beijing, 31 octobre-3 novembre 2012). Ce Colloque, organisé par l'OMS et ses partenaires et accueilli par le Gouvernement chinois, avait pour but d'évaluer les progrès accomplis et de réajuster les priorités de recherche afin d'accélérer la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

123. La stratégie vise à valoriser et amplifier la mission précédemment confiée à l'OMS concernant la réflexion sur la recherche en santé.² La nouvelle stratégie explique comment le domaine évolutif de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé prend en compte les besoins des décideurs, des professionnels de santé, des citoyens et de la société civile, qui interviennent tous dans la planification et le fonctionnement des systèmes nationaux de santé.

124. Cette stratégie vise à modifier la façon de gérer la recherche sur les politiques et les systèmes de santé comme une activité spécifique, en l'ancrant plus efficacement dans les domaines de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques. Elle vise à encourager une participation active entre les chercheurs, d'une part, et entre les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs, de l'autre, et invite les deux parties à reconnaître la nécessité de renforcer les capacités de recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Elle vise en outre un objectif tout aussi important qui consiste à unifier les diverses disciplines de la recherche et à associer les multiples plates-formes de la production de connaissances qui sont actuellement plus ou moins bien connectées, pour en faire un vecteur de changement intégré, susceptible de dynamiser le renforcement des systèmes de santé et la transformation de la santé au niveau mondial.

125. Le dernier chapitre de la stratégie décrit succinctement plusieurs modalités d'action que pourraient envisager les protagonistes pour faciliter la prise de décisions en connaissance de cause et le renforcement des systèmes de santé. Ces options qui se complètent mutuellement sont censées conforter l'ancrage de la recherche dans les processus décisionnels et promouvoir un programme régulier d'investissements nationaux et mondiaux dans la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Les États Membres seront en mesure de mener ces actions en partie ou en totalité, selon le contexte de chacun et les ressources dont ils disposent.

= = =

¹ *Strategy on health policy and systems research: changing mindsets*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/alliance-hpsr/whostrategyhpsr/en/index.html> (consulté le 6 novembre 2012).

² En particulier la Stratégie OMS de recherche pour la santé, qui a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA63.21.